

**GAMBARAN POLA ASUH IBU ANAK BALITA GIZI BURUK
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KARUWISI
KOTA MAKASSAR TAHUN 2012**



Skripsi

Diajukan untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Meraih Gelar Sarjana
Kesehatan Masyarakat Jurusan Kesehatan Masyarakat (Gizi)
pada Fakultas Ilmu Kesehatan
UIN Alauddin Makassar

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
ALAUDDIN
M A K A S S A R

Oleh

ALAUDDIN
NIM. 70200108010

**FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UIN ALAUDDIN MAKASSAR
2012**

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Dengan penuh kesadaran, penyusun yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa skripsi ini benar adalah hasil karya penyusun sendiri. Jika dikemudian hari terbukti bahwa skripsi ini merupakan duplikat, tiruan, plagiat, atau dibuat oleh orang lain, sebagian atau seluruhnya, maka skripsi dan gelar yang diperoleh karenanya batal demi hukum.



Makassar, 30 Agustus 2012
Penyusun

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
ALAUDDIN
MAKASSAR
Alauddin
70200108010

PENGESAHAN SKRIPSI

Skripsi yang berjudul “Gambaran Pola Asuh Ibu Anak Balita Gizi Buruk di Wilayah Kerja Puskesmas Karuwisi Kota Makassar Tahun 2012” yang disusun oleh **Alauddin NIM: 70200108010** mahasiswa Jurusan Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar telah diuji dan dipertahankan dalam sidang skripsi yang diselenggarakan pada hari **Jumat, tanggal 30 Agustus 2012**, dinyatakan telah dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat.

DEWAN PENGUJI

Ketua	: Dr. dr. H. Rasjidin Abdullah, MPH, MH.Kes.	(.....)
Sekretaris	: Drs. Wahyuddin G. M.Ag.	(.....)
Pembimbing I	: Nurdianah S, SKM, MPH.	(.....)
Pembimbing II	: Hj. Syarfaini, SKM, M.Kes.	(.....)
Penguji I	: dr. Muh. Khidri Alwi, M.Kes, M.A.	(.....)
Penguji II	: Drs. Supardin, M.Hi.	(.....)

Samata Gowa, September 2012

Diketahui Oleh:

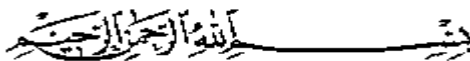
Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan

UTN Alauddin Makassar



Dr. dr. H. Rasjidin Abdullah, MPH, MH.Kes.
NIP. 19530119 198110 1 001

KATA PENGANTAR



Allahumma shalli ala Muhammad Wa 'ali Muhammad

Tiada kata yang pantas keluar dari lidah yang selalu menyakiti, tapi dengan setitik harapan penulis ucapkan Segala Puji bagi Allah SWT yang dari belas kasih-Nya tak ada orang yang hilang harapan yang dari ampunan-Nya tak ada orang yang kecewa, yang dari cinta dan kasih-Nya tak ada makhluk yang terzalimi dan yang beribadah kepada-Nya tak ada yang terlalu tinggi, sehingga penulis telah dapat menyelesaikan skripsi ini yang berjudul “**Gambaran Pola Asuh Ibu Anak Balita Gizi Buruk di Wilayah Kerja Puskesmas Karuwisi Kota Makassar Tahun 2012**”. Sebagai salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar.

Shalawat dan salam tak lupa penulis haturkan kepada Nabi Muhammad saw, kepada keluarganya, dan kepada sahabat-sahabatnya sampai pada kita yang tetap setia pada ajaran beliau yang telah membimbing umat manusia dari alam jahiliah ke alam yang penuh dengan hamparan ilmu pengetahuan seperti yang kita rasakan pada saat ini.

Ucapan terima kasih yang setinggi-tingginya, penulis berikan kepada :

1. Kedua orang tua penulis, almarhum Ayahanda Drs. H. Usman Efendi dan Ibunda Hj. Asma, S.Pd. yang telah banyak mencurahkan kasih sayang, perhatian, motivasi, dan doa yang tak pernah putus bagi penulis.

2. Bapak Prof. Dr. H. A. Qadir Gassing, HT.,ME., selaku Rektor UIN Alauddin Makassar.
3. Bapak DR.dr. H. Rasjidin Abdullah, MPH., MH.Kes., selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar, beserta Bapak Pembantu Dekan, seluruh staf, dosen dan pegawai atas bantuannya selama penulis menjalani masa studi.
4. Ibu Andi Susilawaty, S.Si, M.Kes sebagai Ketua Jurusan Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar beserta para dosen yang telah banyak memberikan bimbingan serta arahnya.
5. Ibu Nurdiyanah Syarifuddin, SKM., MPH. selaku Pembimbing I dan ibu Hj. Syarfaini, SKM., M.Kes. selaku Pembimbing II, atas segala bantuan, waktu, dorongan dan bimbingan yang telah diberikan sehingga skripsi ini dapat diselesaikan.
6. Bapak dr. Muh. Khidri Alwi, M.Kes., M.A. selaku penguji I dan Bapak Drs. Supardin, M.Hi selaku penguji II yang telah banyak memberikan masukan dalam perbaikan skripsi ini.
7. Kepala Puskesmas Karuwisi beserta seluruh staff yang telah memberikan izin serta bantuan kepada saya selama penelitian di Puskesmas Karuwisi Kota Makassar.
8. Bapak Husaeni, AMG., S.Kep. beserta seluruh Kader Posyandu di Wilayah Kerja Puskesmas Karuwisi yang telah banyak membantu penulis dalam menyelesaikan penelitian.

9. Kakakku Muhardin Usman, Adikku Safaruddin Usman & Muslihah Nur Usman yang telah banyak memberikan dorongan selama penulis melakukan penelitian.
10. Saudara-saudaraku di Jurusan Gizi Kesehatan Masyarakat angkatan 2008 yang tidak dapat saya sebutkan satu per satu atas masukan dan kritiknya beserta canda tawanya selama ini.
11. Seluruh teman-teman Kesmas angkatan 2008 yang senantiasa memberikan kebersamaan di Fakultas ungu ini.
12. Keluarga Besar UKM Tae Kwon Do Unit UIN Alauddin Makassar yang telah banyak mengajarkan arti perjuangan dan kerja keras serta disiplin bagi penulis.

Penulis menyadari bahwa persembahan tugas akhir ini tidak ada artinya dibanding dengan pengorbanan mereka, hanya doa yang penulis panjatkan semoga amal ibadah serta niat yang ikhlas mendapatkan balasan yang berlipat ganda oleh Allah SWT.

Akhirnya disadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini masih jauh dari sempurna. Namun penulis berharap semoga skripsi ini memberikan manfaat dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan bagi pihak yang berkepentingan.

Makassar, 30 Agustus 2012

Penulis

Alauddin

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
ABSTRAK	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Perumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian	5
D. Manfaat Penelitian.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Pola Asuh	7
1. Praktek Pemberian Makanan	11
2. Rangsangan Psikososial	18
3. Praktek Kebersihan/hygiene	21
4. Perawatan Kesehatan Anak Balita	22
B. Pola Asuh dalam Perspektif Ajaran Islam	23
C. Status Gizi	28
1. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Status Gizi	29
2. Penilaian Status Gizi	30
D. Kerangka Teori	33
BAB III KERANGKA KONSEP	35
A. Kerangka Konsep Penelitian	35
1. Praktek Pemberian Makanan	35
2. Praktek Kebersihan/hygiene Perorangan	35

3. Perawatan Kesehatan	36
4. Skema Hubungan Antar Variabel	36
B. Defenisi Operasional dan Kriteria Objektif	36
1. Pola Asuh	36
2. Praktek Pemberian Makanan	37
3. Praktek Kebersihan/hygiene Perorangan	37
4. Perawatan Kesehatan	37
5. Status Gizi	38
BAB IV METODE PENELITIAN	39
A. Jenis Penelitian	39
B. Lokasi dan Waktu Penelitian	39
C. Populasi dan Sampel	39
1. Populasi	39
2. Sampel	40
D. Metode Pengumpulan Data	40
1. Data Primer	40
2. Data Sekunder	42
E. Instrumen Penelitian	42
F. Pengolahan dan Analisa Data	43
G. Penyajian Data	43
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN	44
A. Hasil Penelitian	44
1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	44
2. Karakteristik Responden	44
3. Karakteristik Sampel	47
4. Variabel Penelitian	49
B. Pembahasan	51
1. Pola Asuh	51
2. Praktek Pemberian Makanan	51
3. Praktek Kebersihan/hygiene Perorangan	56
4. Perawatan Kesehatan	59

5. Status Gizi Anak Balita	61
6. Riwayat Penyakit 1 Bulan Terakhir	64
C. Keterbatasan peneliti/penelitian	66
BAB VI PENUTUP	68
A. Kesimpulan	68
B. Saran	68
DAFTAR PUSTAKA	70
LAMPIRAN	



DAFTAR TABEL

Tabel	Judul	Halaman
Tabel 5.1	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur di Wilayah Kerja Puskesmas Karuwisi Kota Makassar Tahun 2012	45
Tabel 5.2	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pekerjaan Ibu di Wilayah Kerja Puskesmas Karuwisi Kota Makassar Tahun 2012	45
Tabel 5.3	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Status Pekerjaan Ibu di Wilayah Kerja Puskesmas Karuwisi Kota Makassar Tahun 2012	46
Tabel 5.4	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir Ibu di Wilayah Kerja Puskesmas Karuwisi Kota Makassar Tahun 2012	46
Tabel 5.5	Distribusi Frekuensi Sampel Berdasarkan Status Gizi Anak Balita menurut IMT/U di Wilayah Kerja Puskesmas Karuwisi Kota Makassar Tahun 2012	47
Tabel 5.6	Distribusi Frekuensi Sampel Berdasarkan Riwayat Sakit 1 Bulan Terakhir di Wilayah Kerja Puskesmas Karuwisi Kota Makassar Tahun 2012	48
Tabel 5.7	Distribusi Frekuensi Sampel Riwayat Penyakit 1 Bulan Terakhir di Wilayah Kerja Puskesmas Karuwisi Kota Makassar Tahun 2012	48
Tabel 5.8	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Praktek Pemberian Makanan di Wilayah Kerja Puskesmas Karuwisi Kota Makassar Tahun 2012	49
Tabel 5.9	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Praktek Kebersihan/hygiene Perorangan di Wilayah Kerja Puskesmas Karuwisi Kota Makassar	

	Tahun 2012	49
Tabel 5.10	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Praktek Perawatan Kesehatan di Wilayah Kerja Puskemas Karuwisi Kota Makassar Tahun 2012	50
Tabel 5.11	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Praktek Pola Asuh di Wilayah Kerja Puskemas Karuwisi Kota Makassar Tahun 2012	51



DAFTAR GAMBAR

Gambar	Judul	Halaman
Gambar 2.1	Perkembangan Model Pola Asuh	33



DAFTAR LAMPIRAN

1. Dokumentasi Penelitian
2. Kuesioner Penelitian
3. Master Tabel
4. Output Frekuensi
5. Surat Permohonan Izin Penelitian dari Kampus
6. Surat Permohonan Izin Penelitian dari Gubernur
7. Surat Permohonan Izin Penelitian dari Walikota
8. Surat Permohonan Izin Penelitian dari Dinas Kesehatan Kota Makassar
9. Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian dari Puskesmas Karuwisi
10. Riwayat Hidup Penulis



ABSTRAK

Nama : Alauddin
Nim : 70200108010
Jurusan : Kesehatan Masyarakat
Judul : Gambaran Pola Asuh Ibu Anak Balita Gizi Buruk di Wilayah Kerja Puskesmas Karuwisi kota Makassar Tahun 2012

Pengasuhan merupakan faktor yang sangat erat kaitannya dengan pertumbuhan dan perkembangan anak berusia di bawah lima tahun. Masa balita adalah masa dimana anak masih sangat membutuhkan suplai makanan dan gizi dalam jumlah yang cukup dan memadai. Kekurangan gizi pada masa ini dapat menimbulkan gangguan tumbuh kembang secara fisik, mental, sosial dan intelektual yang sifatnya menetap dan terus dibawa sampai anak balita menjadi dewasa. Prevalensi gizi buruk dan gizi kurang di wilayah kerja Puskesmas Karuwisi tahun 2012 adalah anak balita gizi buruk berjumlah 42 anak balita (2,39%) dan gizi kurang berjumlah 161 anak balita (9,19%) dari total 1752 anak balita.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran pola asuh ibu anak balita gizi buruk di wilayah kerja Puskesmas Karuwisi Kota Makassar Tahun 2012. Jenis penelitian yang digunakan bersifat observasional dengan menggunakan pendekatan deskriptif. Jumlah sampel sebanyak 42 ibu anak balita gizi buruk, sampel diambil secara *total sampling*. Data diperoleh dengan wawancara menggunakan kuesioner.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pola asuh berdasarkan praktek pemberian makanan terbanyak pada kategori baik yaitu 64,3% sedangkan untuk kategori tidak baik sebanyak 35,7%. Praktek kebersihan/hygiene perorangan terbanyak pada kategori tidak baik yaitu 73,8% sedangkan untuk kategori baik sebanyak 26,2%, dan berdasarkan perawatan kesehatan pada anak balita terbanyak pada kategori tidak baik yaitu 83,3% sedangkan untuk kategori baik sebanyak 16,7%.

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa pola asuh berdasarkan praktek pemberian makanan tertinggi pada kategori baik, sedangkan praktek kebersihan/hygiene perorangan dan praktek perawatan kesehatan tertinggi pada kategori tidak baik. Disarankan kepada Kepala Puskesmas perlu meningkatkan pemberdayaan petugas kesehatan dengan fasilitas yang sudah ada dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada ibu-ibu yang mempunyai anak balita dan memberikan pengarahan tentang pentingnya praktek pengasuhan kesehatan yang baik. Selain itu perlu meningkatkan penyuluhan pada saat hari buka posyandu maupun penyuluhan saat kunjungan rumah tentang praktek kebersihan/hygiene dan perawatan kesehatan anak balita untuk meningkatkan status gizi anak balita, khususnya orang tua yang memiliki anak balita gizi buruk.

Kata Kunci : Pola asuh, gizi buruk, anak balita
Daftar Pustaka : 45 (1980 – 2012)

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Pembangunan kesehatan diarahkan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud. Pembangunan Kesehatan diselenggarakan berdasarkan perikemanusiaan, pemberdayaan dan kemandirian, adil dan merata, serta pengutamaan dan manfaat dengan perhatian khusus pada kelompok rentan antara lain ibu, bayi, anak, manusia usia lanjut (manula), dan keluarga miskin. Pembangunan kesehatan harus dipandang sebagai investasi untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia dan sekaligus investasi untuk mendukung pembangunan ekonomi dan pendidikan, serta berperan penting dalam upaya penanggulangan kemiskinan (Depkes, 2009).

Keadaan gizi yang baik merupakan prasyarat utama dalam mewujudkan sumber daya manusia yang berkualitas. Masalah gizi terjadi disetiap siklus kehidupan, dimulai sejak dalam kandungan yang masih berupa janin, bayi, anak, dewasa, dan usia lanjut. Periode lima tahun pertama kehidupan merupakan masa kritis, karena pada masa ini terjadi pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat. Gangguan gizi yang terjadi pada periode ini bersifat permanen, tidak dapat dipulihkan walaupun kebutuhan gizi pada masa selanjutnya terpenuhi (Depkes 2009).

Memiliki anak balita yang sehat dan cerdas adalah dambaan setiap orang tua. Untuk mewujudkannya tentu saja orang tua harus selalu memperhatikan, mengawasi dan merawat anak balita secara seksama. Khususnya memperhatikan pertumbuhan dan perkembangannya. Meskipun proses tumbuh kembang anak balita berlangsung secara alamiah, proses tersebut sangat bergantung kepada orang tua. Apalagi masa lima tahun (masa balita) adalah periode penting dalam tumbuh kembang anak balita dan merupakan masa yang akan menentukan pembentukan fisik, psikis dan intelegensinya (Sulistijani, 2001).

Anak balita yang sehat dan normal akan tumbuh sesuai dengan potensi genetik yang dimilikinya. Tetapi pertumbuhan ini juga akan dipengaruhi oleh intake zat gizi yang dikonsumsi dalam bentuk makanan. Kekurangan atau kelebihan gizi akan dimanifestasikan dalam bentuk pertumbuhan yang menyimpang dari pola standar. Pertumbuhan fisik sering dijadikan indikator untuk mengukur status gizi baik individu maupun populasi. Oleh karena itu, orang tua perlu menaruh perhatian pada aspek pertumbuhan anak balita bila ingin mengetahui keadaan gizi mereka (Khomsan, 2003).

Masalah gizi dipengaruhi oleh banyak faktor yang saling mempengaruhi secara kompleks. Ditingkat rumah tangga, keadaan gizi dipengaruhi oleh kemampuan rumah tangga menyediakan pangan di dalam jumlah dan jenis yang cukup serta pola asuh yang dipengaruhi oleh faktor pendidikan, perilaku dan keadaan kesehatan rumah tangga. Salah satu penyebab timbulnya kurang gizi pada anak balita adalah akibat pola asuh anak yang kurang memadai (Soekirman, 2000).

Pengasuhan berasal dari kata asuh yang mempunyai makna menjaga, merawat dan mendidik anak balita yang masih kecil. Menurut Wagnel dan Funk menyebutkan bahwa mengasuh itu meliputi menjaga serta memberi bimbingan menuju pertumbuhan ke arah kedewasaan. Pengertian lain diutarakan oleh Webster yang mengatakan bahwa mengasuh itu membimbing menuju ke pertumbuhan ke arah kedewasaan dengan memberikan pendidikan, makanan dan sebagainya terhadap mereka yang di asuh (Sunarti, 1989).

Pengasuhan merupakan faktor yang sangat erat kaitannya dengan pertumbuhan dan perkembangan anak berusia di bawah lima tahun. Masa bayi usia 1-5 tahun (balita) adalah masa dimana anak balita masih sangat membutuhkan suplai makanan dan gizi dalam jumlah yang cukup dan memadai. Kekurangan gizi pada masa ini dapat menimbulkan gangguan tumbuh kembang secara fisik, mental, sosial dan intelektual yang sifatnya menetap dan terus dibawa sampai anak balita menjadi dewasa. Secara lebih spesifik, kekurangan gizi dapat menyebabkan keterlambatan pertumbuhan badan, lebih penting lagi keterlambatan perkembangan otak dan dapat pula terjadinya penurunan atau rendahnya daya tahan tubuh terhadap penyakit infeksi. Pada masa ini juga, anak balita masih benar-benar tergantung pada perawatan dan pengasuhan oleh ibunya. Pengasuhan kesehatan dan makanan pada tahun-tahun pertama kehidupan sangatlah penting untuk perkembangan anak balita (Santoso, 2005).

Gizi kurang merupakan salah satu masalah gizi utama pada anak balita di Indonesia. Prevalensi gizi kurang dan gizi buruk mulai meningkat pada usia 6-11 bulan dan mencapai puncaknya pada usia 12-23 bulan dan 24-35 bulan. Di

negara-negara ASEAN pada periode tahun yang hampir sama (1990-1997) prevalensi gizi buruk pada anak balita hanya berkisar antara 1-5 % (Soekirman, 2000).

Secara umum prevalensi gizi buruk di Sulawesi Selatan menurut hasil Riskesdas adalah 5,1% dan gizi kurang 12,5% dari 23 kab./kota terdapat delapan kab./kota yang diatas angka provinsi dan Sulawesi Selatan sudah mencapai target pencapaian program perbaikan gizi pada RPJM 2015 sebesar 20% (Dinkes, 2012).

Pada kasus gizi buruk di Sulawesi Selatan pada tahun 2008 dengan adanya gejala klinis terbagi atas 3 jenis, yaitu marasmus, kwashiorkor, dan gabungan marasmik-kwashiorkor. Jumlah kasus gizi buruk berdasarkan ke tiga jenis tersebut di Sulsel pada tahun 2008 sebanyak 95 kasus, empat kabupaten/kota dengan kasus terbanyak antara lain Bone (16 kasus), Pinrang (15 kasus), Wajo (11 kasus), dan Jeneponto sebanyak (8 kasus) (Dinkes, 2012).

Beberapa bulan yang lalu kembali dilaksanakan survey Penilaian Status Gizi di beberapa wilayah kerja Puskesmas di Kota Makassar, kemudian didapati bahwa pada wilayah kerja Puskesmas Karuwisi Kota Makassar terdapat kasus gizi buruk dan gizi kurang yang sangat tinggi. Data yang diperoleh berdasarkan hasil penilaian status gizi pada bulan Juni tahun 2012 terdapat 1752 anak balita di wilayah kerja Puskesmas Karuwisi Kota Makassar. Dari 1752 anak balita terdapat 42 anak balita (2,39 %) yang menderita gizi buruk dan 161 anak balita (9,19%) yang menderita gizi kurang (Dinkes, 2012).

Berdasarkan hal tersebut di atas maka penulis tertarik meneliti mengenai pola pengasuhan ibu anak balita gizi buruk di wilayah kerja Puskesmas Karuwisi Kota Makassar.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimana gambaran pola asuh ibu anak balita gizi buruk di wilayah kerja Puskesmas Karuwisi Kota Makassar Tahun 2012.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui gambaran pola asuh ibu anak balita gizi buruk di wilayah kerja Puskesmas Karuwisi Kota Makassar Tahun 2012.

2. Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui gambaran pola asuh ibu pada anak balita (dukungan/perhatian ibu terhadap anak dalam praktek pemberian makanan meliputi pemberian ASI, makanan pendamping anak serta persiapan dan penyimpanan makanan.
2. Untuk mengetahui gambaran pola asuh ibu pada anak balita dalam praktek kebersihan/hygiene perorangan.
3. Untuk mengetahui gambaran pola asuh ibu pada anak balita dalam praktek perawatan kesehatan anak balita meliputi perawatan balita dalam keadaan sakit dan pencarian pelayanan kesehatan.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi pihak puskesmas atau institusi kesehatan, dapat menjadi masukan dan informasi mengenai status gizi anak balita yang ada di wilayah kerja Puskesmas Karuwisi Kota Makassar Tahun 2012.
2. Bagi pihak ibu, memberikan masukan dan informasi mengenai pola asuh dan status gizi anak balita.
3. Bagi kalangan praktisi kesehatan, penelitian ini dapat memberikan rujukan sehingga bisa digunakan untuk memahami kondisi balita yang mengalami gizi buruk di wilayah kerja Puskesmas Karuwisi Kota Makassar dan bagaimana model-model pola asuh yang diterapkan oleh ibu balita-balita tersebut.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pola Asuh

Sering dikatakan bahwa ibu adalah jantung dari keluarga, jantung dalam tubuh merupakan alat yang sangat penting bagi kehidupan seseorang. Apabila jantung berhenti berdenyut maka orang itu tidak bisa melangsungkan hidupnya. Dari perumpamaan ini bisa disimpulkan bahwa kedudukan seorang ibu sebagai tokoh sentral dan sangat penting untuk melaksanakan kehidupan. Pentingnya seorang ibu terutama terlihat sejak kelahiran anaknya. (Gunarsa, 1995)

Agar pola hidup anak balita bisa sesuai dengan standar kesehatan, disamping harus mengatur pola makan yang benar juga tak kalah pentingnya mengatur pola asuh yang benar pula. Pola asuh yang benar bisa ditempuh dengan memberikan perhatian yang penuh serta kasih sayang pada anak balita, memberinya waktu yang cukup untuk menikmati kebersamaan dengan seluruh anggota keluarga.

Dalam masa pengasuhan, lingkungan pertama yang berhubungan dengan anak balita adalah orang tuanya. Anak balita tumbuh dan berkembang di bawah asuhan dan perawatan orang tua oleh karena itu orang tua merupakan dasar pertama bagi pembentukan pribadi anak balita. Melalui orang tua, anak balita beradaptasi dengan lingkungannya untuk mengenal dunia sekitarnya serta pola pergaulan hidup yang berlaku dilingkungannya. Dengan demikian dasar

pengembangan dari seorang individu telah diletakkan oleh orang tua melalui praktek pengasuhan anak balita sejak ia masih bayi (Supanto, 1990).

Pengasuhan berasal dari kata asuh (to rear) yang mempunyai makna menjaga, merawat dan mendidik anak balita yang masih kecil. Wagnel dan Funk menyebutkan bahwa mengasuh itu meliputi menjaga serta memberi bimbingan menuju pertumbuhan ke arah kedewasaan. Pengertian lain diutarakan oleh Webster yang mengatakan bahwa mengasuh itu membimbing menuju ke pertumbuhan ke arah kedewasaan dengan memberikan pendidikan, makanan dan sebagainya terhadap mereka yang diasuh (Sunarti, 1989).

Dalam kamus besar bahasa Indonesia pengasuhan adalah proses, perbuatan, atau cara mengasuh (Depdibud, 1990). Mengasuh dalam bahasa arab berasal dari akar kata حَضَّ - يَحْضُنُ yang artinya asuh, mengasuh (Rusyadi, dkk, 1995). Mengasuh anak adalah menjaga orang yang belum mampu mandiri mengurus urusannya sendiri, mendidik, menjaganya dari hal yang merusak atau pun yang membahayakannya (Salim, 2005).

Al-Qur'an telah menjelaskan bagaimana pendidikan anak dalam islam. Dimulai dengan bagaimana orang tua berbicara dengan anak-anaknya. Sebagaimana firman Allah dalam Q.S. Luqman/31: 13

وَإِذْ قَالَ لُقْمَانُ لِأَبْنِهِ وَهُوَ يَعِظُهُ يَبْنَىٰ.... (13)

Terjemahnya:

“Dan (ingatlah) ketika Luqman berkata kepada anaknya, di waktu ia memberi pelajaran kepadanya, Hai anakku....” (Depag RI, 2010)

Di dalam *Tafsir Al-Misbah* disebutkan setelah ayat yang lalu menguraikan hikmah yang dianugerahkan kepada Luqman yang intinya adalah kesyukuran kepada Allah, dan yang tercermin pada pengenalan terhadap-Nya dan anugerah-Nya, kini melalui ayat diatas dilukiskan pengalaman hikmah itu oleh Luqman, serta pelestariannya kepada anaknya. Inipun mencerminkan kesyukuran beliau atas anugerah itu. Kepada Nabi Muhammad saw, atau siapa saja, diperintahkan untuk merenungkan anugerah Allah kepada Luqman itu dan mengingat serta mengingatkan orang lain. Ayat ini berbunyi: *Dan ingatlah ketika Luqman berkata kepada anaknya dalam keadaan dia dari saat ke saat menasihatinya.* (Shihab, 2002).

Selanjutnya dalam *Tafsir Al-Misbah* disebutkan kata *ya'izuhu* terambil dari kata *wa'zh* yaitu nasehat menyangkut berbagai kebajikan dengan cara yang menyentuh hati. Ada juga yang mengartikan sebagai ucapan yang mengandung peringatan dan ancaman. Penyebutan kata ini sesudah kata *dia berkata* untuk memberikan gambaran tentang bagaimana perkataan itu beliau sampaikan, yakni tidak membentak, tetapi penuh kasih sayang sebagaimana dipahami dari panggilan mesranya kepada anak. Kata ini juga mengisyaratkan bahwa nasihat itu dilakukan dari saat ke saat, sebagaimana dipahami dari bentuk kata kerja masa kini dan datang pada kata *ya'izuhu* (Shihab, 2002).

Asbabun Nuzul ayat tersebut adalah ketika ayat ke-82 dari surat Al-An'am diturunkan, para sahabat merasa keberatan. Maka mereka datang menghadap Rasulullah SAW, seraya berkata “ *Wahai Rasulullah, siapakah diantara kami yang dapat membersihkan keimanannya dari perbuatan zalim ?*”.Jawab beliau “

Bukan begitu, bukanlah kamu telah mendengarkan wasiat Lukman Hakim kepada anaknya : Hai anakku, janganlah kamu mempersekutukan Allah, sesungguhnya mempersekutukan Allah adalah benar-benar kezaliman yang besar.” (Mahali, 2002).

Dalam ayat tersebut mengajarkan kepada orang tua agar berbicara dengan anak dengan cara lemah lembut disertai dengan kasih sayang yang mendalam tanpa memandangnya dengan penuh kebencian (Mazhahiri, 2008).

Dari beberapa pengertian tentang batas asuh, menurut Whiting dan Child dalam proses pengasuhan balita yang harus diperhatikan adalah orang-orang yang mengasuh dan cara penerapan larangan atau keharusan yang dipergunakan. Larangan maupun keharusan terhadap pola pengasuhan anak balita beraneka ragam. Tetapi pada prinsipnya cara pengasuhan anak balita mengandung sifat : pengajaran (*instructing*), pengganjaran (*rewarding*) dan pembujukan (*inciting*) (Sunarti, 1989).

Di negara timur seperti Indonesia, keluarga besar masih lazim dianut dan peran ibu seringkali di pegang oleh beberapa orang lainnya seperti nenek, keluarga dekat atau saudara serta dapat juga di asuh oleh pembantu (Nadesul, 1995).

Kerangka konseptual yang dikemukakan oleh UNICEF yang dikembangkan lebih lanjut oleh Engle et al (1997) menekankan bahwa tiga komponen makanan – kesehatan – asuhan merupakan faktor-faktor yang berperan dalam menunjang pertumbuhan dan perkembangan anak balita yang optimal. Engle et al (1997) mengemukakan bahwa pola asuh meliputi 6 hal yaitu : (1) perhatian / dukungan

ibu terhadap anak balita, (2) pemberian ASI atau makanan pendamping pada anak balita, (3) rangsangan psikososial terhadap anak balita, (4) persiapan dan penyimpanan makanan, (5) praktek kebersihan atau higiene dan sanitasi lingkungan dan (6) perawatan anak balita dalam keadaan sakit seperti pencarian pelayanan kesehatan. Pemberian ASI dan makanan pendamping pada anak balita serta persiapan dan penyimpanan makanan tercakup dalam praktek pemberian makan (Engle, 1997).

1. Praktek Pemberian Makanan

Semua orangtua harus memberikan hak anak balita untuk tumbuh. Semua anak balita harus memperoleh yang terbaik agar dapat tumbuh sesuai dengan apa yang mungkin dicapainya dan sesuai dengan kemampuan tubuhnya. Untuk itu perlu perhatian/dukungan orangtua. Untuk tumbuh dengan baik tidak cukup dengan memberinya makan, asal memilih menu makanan dan asal menyuapi nasi. Akan tetapi anak balita membutuhkan sikap orangtuanya dalam memberi makan. Semasa bayi, anak hanya menelan apa saja yang diberikan ibunya. Sekalipun yang ditelannya itu tidak cukup dan kurang bergizi. Demikian pula sampai balita sudah mulai disapih. Balita tidak tahu mana makanan terbaik dan mana makanan yang boleh dimakan. Balita masih membutuhkan bimbingan seorang ibu dalam memilih makanan agar pertumbuhan tidak terganggu. Bentuk perhatian/dukungan ibu terhadap anak balita meliputi perhatian ketika makan, mandi dan sakit (Nadesul, 1995).

Wanita yang berstatus sebagai ibu rumah tangga memiliki peran ganda dalam keluarga, terutama jika memiliki aktivitas di luar rumah seperti bekerja

ataupun melakukan aktivitas lain dalam kegiatan sosial. Wanita yang bekerja di luar rumah biasanya dalam hal menyusun menu tidak terlalu memperhatikan keadaan gizinya, tetapi cenderung menekankan dalam jumlah atau banyaknya makanan. Sedangkan gizi mempunyai pengaruh yang cukup atau sangat berperan bagi pertumbuhan dan perkembangan mental maupun fisik anak balita. Selama bekerja ibu cenderung mempercayakan anak balita mereka diawasi oleh anggota keluarga lainnya yang biasanya adalah nenek, saudara perempuan atau anak yang sudah besar bahkan orang lain yang diberi tugas untuk mengasuh anaknya (Sunarti, 1989).

a. Pemberian Air Susu Ibu (ASI) dan Makanan Pendamping Pada Balita

Bila ibu dan bayi sehat, ASI hendaknya secepatnya diberikan karena ASI merupakan makanan terbaik dan dapat memenuhi kebutuhan gizi selama 4 – 6 bulan pertama. ASI yang diproduksi pada 1 – 5 hari pertama dinamakan kolostrum, yaitu cairan kental yang berwarna kekuningan. Kolostrum ini sangat menguntungkan bayi karena mengandung lebih banyak antibodi, protein, mineral dan vitamin A. Pemberian ASI tidak dibatasi dan dapat diberikan setiap saat. Produksi ASI dirangsang oleh isapan bayi dan keadaan ibu yang tenang. Disamping itu perlu diperhatikan kesehatan ibu pada umumnya, status gizi dan perawatan payudara. Pemberian ASI tidak dibatasi dan dapat diberikan setiap saat terutama ASI eksklusif (As'ad, 2002).

ASI eksklusif adalah bayi yang diberi ASI saja tanpa tambahan cairan lain seperti susu formula, madu, air teh, air putih dan tanpa tambahan makanan padat seperti pisang, pepaya, bubur, biskuit dan tim. Pemberian ASI secara eksklusif ini

dianjurkan untuk jangka waktu setidaknya selama 4 bulan, tetapi bila mungkin sampai 6 bulan. Setelah bayi berumur 6 bulan harus mulai diperkenalkan dengan makanan padat, sedangkan ASI dapat diberikan sampai bayi berusia 2 tahun (Roesli, 2000).

Dibandingkan dengan susu lainnya, ASI memiliki beberapa keunggulan yaitu:

- (1). Mengandung semua zat gizi dalam susunan dan jumlah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan gizi bayi selama 4 – 6 bulan pertama.
- (2). Tidak memberatkan fungsi saluran pencernaan dan ginjal.
- (3). Mengandung beberapa zat antibodi, sehingga mencegah terjadinya infeksi.
- (4). Mengandung laktoferin untuk mengikat zat besi.
- (5). Tidak mengandung beta laktoglobulin yang dapat menyebabkan alergi.
- (6). Ekonomis dan praktis. Tersedia setiap waktu pada suhu yang ideal dan dalam keadaan segar serta bebas dari kuman.
- (7). Berfungsi menjarangkan kehamilan.
- (8). Membina hubungan yang hangat dan penuh kasih sayang antara ibu dan bayi.

Bayi sehat pada umumnya tidak memerlukan makanan tambahan sampai usia 6 bulan. Pada keadaan-keadaan khusus dibenarkan untuk mulai memberi makanan padat setelah bayi berumur 4 bulan tetapi belum mencapai 6 bulan. Misalnya karena terjadi peningkatan berat badan bayi yang kurang dari standar atau didapatkan tanda-tanda lain yang menunjukkan bahwa pemberian ASI eksklusif tidak berjalan dengan baik. Namun, sebelum diberi makanan tambahan

sebaiknya coba diperbaiki dahulu cara menyusuinya. Cobalah hanya memberi bayi ASI saja tanpa memberi minuman atau makanan lain. Selain itu, bayi harus sering disusui, perhatikan posisi menyusui. Secara umum usahakan dahulu agar cara pemberian ASI dilakukan sebaik mungkin. Apabila setelah 1 – 2 minggu ternyata upaya perbaikan tersebut tidak menyebabkan peningkatan berat badan, maka pemberian makanan tambahan atau padat diberikan bagi bayi berusia diatas 4 bulan (Roesli, 2000).

Bila oleh suatu sebab (misalnya ibu bekerja atau hamil lagi) bayi tidak memperoleh ASI, maka kepada bayi diberikan PASI (Pengganti Air Susu Ibu). PASI dibuat dari susu sapi yang susunan gizinya sudah diubah menjadi hampir sama dengan susunan gizi ASI, sehingga dapat diberikan kepada bayi tanpa menyebabkan akibat sampingan. Akan tetapi belum ada PASI yang tepat menyerupai susunan ASI (As'ad, 2002).

Proses penyapihan dimulai pada saat yang berlainan. Pada beberapa kelompok masyarakat (budaya) tertentu, bayi tidak akan disapih sebelum berusia 6 bulan. Bahkan ada yang baru memulai penyapihan setelah bayi berusia 2 tahun. Sebaliknya, pada masyarakat urban bayi disapih terlalu dini yaitu baru beberapa hari lahir sudah diberi makanan tambahan (Arisman, 2004).

Menurut Sulistijani (2001), seiring bertambahnya usia balita, ragam makanan yang diberikan harus bergizi lengkap dan seimbang yang mana penting untuk menunjang tumbuh kembang dan status gizi balita. Dalam hal pengaturan pola konsumsi makan, ibu mempunyai peran yang sangat penting dalam memilih jenis makanan yang bergizi seimbang. Setelah berumur 6 bulan, bayi memerlukan

makanan pendamping karena kebutuhan gizi bayi meningkat dan tidak seluruhnya dapat dipenuhi oleh ASI. Menurut Arisman (2004), pemberian makanan pendamping harus bertahap dan bervariasi, dari mulai bentuk bubur cair ke bentuk bubur kental, sari buah, buah segar, makanan lumat, makanan lembek dan akhirnya makanan padat. Pemberian pertama cukup 2 kali sehari, satu atau dua sendok teh penuh. Pada usia 6-9 bulan bayi setidaknya-tidaknya membutuhkan empat porsi. Menginjak usia 9 bulan bayi telah mempunyai gigi dan mulai pandai mengunyah makanan. Sekitar usia 1 tahun bayi sudah mampu memakan makanan orang dewasa. Bayi usia 2 tahun memerlukan makanan separuh takaran orang dewasa.

Makanan sapihan yang ideal harus mengandung makanan pokok, lauk pauk, sayur-sayuran, buah-buahan dan minyak atau lemak. Makanan sapihan baru boleh diberikan setelah bayi disusui atau diantara dua jadwal penyusuan. Sebab, di awal masa penyapihan, ASI masih merupakan makanan pokok. Sementara makanan sapihan hanyalah sebagai pelengkap. Kemudian secara berangsur ASI berubah fungsi sebagai makanan tambahan, sementara makanan sapihan menjadi santapan utama (Arisman, 2004).

Pemberian makanan padat atau tambahan yang terlalu dini dapat mengganggu pemberian ASI eksklusif serta meningkatkan angka kesakitan pada bayi. Selain itu, tidak ditemukan bukti yang menyokong bahwa pemberian makanan padat atau tambahan pada usia 4 – 6 bulan lebih menguntungkan. Bahkan sebaliknya, hal ini akan mempunyai dampak yang negatif terhadap kesehatan bayi (Roesli, 2000).

b. Persiapan dan Penyimpanan Makanan

Pada saat mempersiapkan makanan, kebersihan makanan perlu mendapat perhatian khusus. Makanan yang kurang bersih dan sudah tercemar dapat menyebabkan diare atau cacingan pada anak balita. Begitu juga dengan si pembuat makanan dan peralatan yang dipakai seperti sendok, mangkok, gelas, piring dan sebagainya sangat menentukan bersih tidaknya makanan. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam mempersiapkan dan menyimpan makanan adalah (Soenardi, 2000) :

- (1). Simpan makanan dalam keadaan bersih, hindari pencemaran dari debu dan binatang.
- (2). Alat makan dan memasak harus bersih.
- (3). Ibu atau anggota keluarga yang memberikan makanan harus mencuci tangan dengan sabun sebelum memberi makan.
- (4). Makanan selingan sebaiknya dibuat sendiri.

Selanjutnya, hal yang sangat penting untuk diperhatikan dalam persiapan makanan adalah asal dari makanan itu sendiri, apakah makanan itu halal apa tidak, apakah makanan itu baik apa tidak. Hal ini sebagaimana pendapat dari Shihab (1996) yang mengatakan bahwa Menarik untuk disimak bahwa bahasa Al-Quran menggunakan kata *akala* dalam berbagai bentuk untuk menunjuk pada aktivitas "makan". Tetapi kata tersebut tidak digunakannya semata-mata dalam arti "*memasukkan sesuatu ke tenggorokan*", tetapi ia berarti juga segala aktivitas dan usaha. Perhatikan misalnya firman Allah dalam Q.S. al-Baqarah/2:

يَأْتِيهَا النَّاسُ كُلُّوْا مِمَّا فِي الْأَرْضِ حَلَالًا طَيِّبًا....(168)

Terjemahnya:

“Hai sekalian manusia, makanlah yang halal lagi baik dari apa yang terdapat di bumi....” (Depag RI, 2010)

Dalam *Tafsir Ma’udlui* disebutkan bahwa Kata "*halal*" berasal dari akar kata yang berarti "*lepas*" atau "*tidak terikat*". Sesuatu yang halal adalah yang terlepas dari ikatan bahaya duniawi dan ukhrawi. Karena itu kata "*halal*" juga berarti "*boleh*". Dalam bahasa hukum, kata ini mencakup segala sesuatu yang dibolehkan agama, baik kebolehan itu bersifat sunnah, anjuran untuk dilakukan, makruh (anjuran untuk ditinggalkan) maupun mubah (netral/boleh-boleh saja). Karena itu boleh jadi ada sesuatu yang halal (boleh), tetapi tidak dianjurkannya, atau dengan kata lain hukumnya makruh (Shihab, 1996)

Kata *thayyib* dari segi bahasa berarti lezat, baik, sehat, menenteramkan, dan paling utama. Pakar-pakar tafsir ketika menjelaskan kata ini dalam konteks perintah makan menyatakan bahwa ia berarti makanan yang tidak kotor dan segi zatnya atau rusak (kedaluwarsa), atau dicampur benda najis. Ada juga yang mengartikannya sebagai makanan yang mengundang selera bagi yang akan memakannya dan tidak membahayakan fisik dan akalnya. Kita dapat berkata bahwa kata *thayyib* dalam makanan adalah makanan yang sehat, proporsional, dan aman. Tentunya sebelum itu adalah halal (Shihab, 1996).

2. *Rangsangan Psikososial*

Rangsangan psikososial adalah rangsangan berupa perilaku seseorang terhadap orang lain yang ada di sekitar lingkungannya seperti orang tua, saudara kandung dan teman bermain (Atkinson dkk, 1991).

Fahmida (2003) yang mengutip pendapat Myers mengemukakan konsep bahwa kesehatan dan status gizi tidak saja menentukan tapi juga ditentukan oleh kondisi psikososial. Konsep ini selaras dengan penelitian sebelumnya oleh Zeitlin dkk (1990) yang meneliti anak-anak balita yang tetap tumbuh dan berkembang dengan baik dalam keterbatasan lingkungan dimana sebagian besar anak balita lainnya mengalami kekurangan gizi. Dalam penelitian tersebut terungkap bahwa kondisi dan asuhan psikososial seperti keterikatan antara ibu dan anak balita merupakan salah satu faktor penting yang menjelaskan mengapa anak-anak balita tersebut tumbuh dan berkembang dengan baik. Diperkirakan bahwa kondisi psikososial yang buruk dapat berpengaruh negatif terhadap penggunaan zat gizi didalam tubuh, sebaliknya kondisi psikososial yang baik akan merangsang hormon pertumbuhan sekaligus merangsang anak balita untuk melatih organ-organ perkembangannya. Selain itu, asuhan psikososial yang baik berkaitan erat dengan asuhan gizi dan kesehatan yang baik pula sehingga secara tidak langsung berpengaruh positif terhadap status gizi, pertumbuhan dan perkembangan (Engle,1997).

Merawat balita, mulai dari memandikan, menyuapi sampai mengasuh hampir semuanya dilakukan oleh ibu. Merawat balita dan menyediakan keperluan makan dan minum balita merupakan tugas sehari-hari yang sudah melekat pada

diri seorang ibu. Akan tetapi, tugas itu tidak hanya itu saja bila ibu bekerja diluar rumah. Ibu juga harus mengingatkan tugas anak-anaknya mengenai pekerjaan yang harus dilakukan atau belum dilakukan seperti mengingatkan anak supaya mandi, makan dan mengingatkan waktu bila anaknya bermain (Supanto, 1990).

Anak balita memerlukan berbagai variasi permainan untuk kebutuhan fisik, mental dan perkembangan emosinya. Bermain bukan berarti membuang-buang waktu, juga bukan berarti membuat anak balita menjadi sibuk sementara orangtuanya mengerjakan pekerjaannya sendiri. Anak balita harus mempunyai cukup waktu untuk bermain. Untuk bermain diperlukan alat permainan yang sesuai dengan umur dan taraf perkembangannya (Soetjiningsih, 1995).

Menurut Soetjiningsih (1995), ada beberapa faktor psikososial antara lain :

- (1). Stimulasi : anak balita yang mendapat stimulasi yang terarah dan teratur akan lebih cepat berkembang dibandingkan dengan anak balita yang kurang atau tidak mendapat stimulasi.
- (2). Motivasi belajar : dengan memberikan lingkungan yang kondusif untuk belajar misalnya tersedianya buku-buku, suasana yang tenang dan sarana lainnya.
- (3). Ganjaran ataupun hukuman yang wajar : hukuman yang diberikan harus yang objektif bukan hukuman untuk melampiaskan kebencian terhadap anak balita.
- (4). Kelompok sebaya : untuk proses sosialisasi dengan lingkungannya anak balita memerlukan teman sebaya.

- (5). Stress : stress dapat mempengaruhi tumbuh kembang anak balita misalnya terlambat bicara, nafsu makan menurun dan sebagainya.
- (6). Cinta dan kasih sayang : salah satu hak anak balita adalah hak untuk dicintai dan dilindungi sehingga anak balita memerlukan kasih sayang dan perlakuan yang adil dari orangtuanya.
- (7). Kualitas interaksi anak balita dan orang tua : interaksi timbal balik antara anak balita dan orang tua akan menimbulkan keakraban dalam keluarga.

Beberapa informasi mutakhir menunjukkan bahwa intervensi psikososial meningkatkan perkembangan kognitif anak balita. Program untuk memperbaiki dorongan psikososial melalui pendidikan orang tua tentang interaksi orang tua dan anak balita melalui kegiatan kunjungan rumah telah dapat menurunkan angka kurang gizi pada anak balita. Penelitian lainnya membuktikan bahwa perubahan pola asuh psikososial telah meningkatkan derajat pertumbuhan anak balita. Penelitian di Bogota, Columbia membuktikan bahwa anak-anak balita yang menderita kurang gizi, dikunjungi rumahnya setiap minggu selama 6 bulan oleh kader desa, ternyata pertumbuhan pada umur 3 tahun lebih tinggi daripada yang tidak dikunjungi. Dengan dikunjungi rumahnya, ibu-ibu menjadi lebih memahami kebutuhan anak balita dan memberi makan pada saat bayinya sedang lapar. Didapatkan juga bahwa ibu-ibu yang memahami tentang kebutuhan untuk perkembangan kognitif anak balita, anak-anaknya lebih pintar daripada ibu yang lalai dalam pengasuhan anaknya (Anwar, 2000).

b. Praktek Kebersihan / Hygiene

Widaninggar (2003) menyatakan kondisi lingkungan anak balita harus benar-benar diperhatikan agar tidak merusak kesehatan. Hal-hal yang perlu diperhatikan berkaitan dengan rumah dan lingkungan adalah bangunan rumah, kebutuhan ruang (bermain anak balita), pergantian udara, sinar matahari, penerangan, air bersih, pembuangan sampah/limbah, kamar mandi dan jamban/WC dan halaman rumah. Kebersihan perorangan maupun kebersihan lingkungan memegang peranan penting bagi tumbuh kembang anak balita. Kebersihan perorangan yang kurang akan memudahkan terjadinya penyakit-penyakit kulit dan saluran pencernaan seperti diare dan cacingan. Sedangkan kebersihan lingkungan erat hubungannya dengan penyakit saluran pernafasan, saluran pencernaan, serta penyakit akibat nyamuk. Oleh karena itu penting membuat lingkungan menjadi layak untuk tumbuh kembang anak balita sehingga meningkatkan rasa aman bagi ibu atau pengasuh anak balita dalam menyediakan kesempatan bagi balitanya untuk mengeksplorasi lingkungan.

Menurut Soetjiningsih (1995), keadaan perumahan yang layak dengan konstruksi bangunan yang tidak membahayakan penghuninya akan menjamin keselamatan dan kesehatan penghuninya yaitu ventilasi dan pencahayaan yang cukup, tidak sesak, cukup leluasa bagi balita untuk bermain dan bebas polusi.

Sulistijani (2001) mengatakan bahwa lingkungan yang sehat perlu diupayakan dan dibiasakan tetapi tidak dilakukan sekaligus, harus perlahan-lahan dan terus menerus. Lingkungan sehat terkait dengan keadaan bersih, rapi dan

teratur. Oleh karena itu, anak balita perlu dilatih untuk mengembangkan sifat-sifat sehat seperti berikut :

- (1). Mandi 2 kali sehari.
- (2). Cuci tangan sebelum dan sesudah makan.
- (3). Makan teratur 3 kali sehari.
- (4). Menyikat gigi sebelum tidur.
- (5). Buang air kecil pada tempatnya / WC.

Awalnya mungkin anak balita keberatan dengan berbagai latihan tersebut. Namun, dengan latihan terus-menerus dan diimbangi rasa kasih sayang dan dukungan orang tua, anak balita akan menerima kebijaksanaan dan tindakan disiplin tersebut.

3. Perawatan Kesehatan Anak Balita

Kesehatan anak balita harus mendapat perhatian dari para orang tua yaitu dengan cara segera membawa anak balitanya yang sakit ketempat pelayanan kesehatan yang terdekat (Soetjiningsih, 1995).

Masa bayi dan balita sangat rentan terhadap penyakit seperti flu, diare atau penyakit infeksi lainnya. Jika anak balita sering menderita sakit dapat menghambat atau mengganggu proses tumbuh kembang anak balita. Ada beberapa penyebab seorang anak mudah terserang penyakit adalah :

- (1). Apabila kecukupan gizi terganggu karena anak balita sulit makan dan nafsu makan menurun. Akibatnya daya tahan tubuh menurun sehingga balita menjadi rentan terhadap penyakit.

- (2). Lingkungan yang kurang mendukung sehingga perlu diciptakan lingkungan dan perilaku yang sehat.
- (3). Jika orang tua lalai dalam memperhatikan proses tumbuh kembang anak oleh karena itu perlu memantau dan menstimulasi tumbuh kembang bayi dan balita secara teratur sesuai dengan tahapan usianya dan segera memeriksakan kedokter jika balita menderita sakit.

Status kesehatan merupakan salah satu aspek pola asuh yang dapat mempengaruhi status gizi anak balita kearah membaik. Status kesehatan adalah hal-hal yang dilakukan untuk menjaga status gizi anak balita, menjauhkan dan menghindarkan penyakit serta yang dapat menyebabkan turunnya keadaan kesehatan anak balita. Status kesehatan ini meliputi hal pengobatan penyakit pada anak balita apabila anak balita menderita sakit dan tindakan pencegahan terhadap penyakit sehingga anak balita tidak sampai terkena suatu penyakit. Status kesehatan anak balita dapat ditempuh dengan cara memperhatikan keadaan gizi balita, kelengkapan imunisasinya, kebersihan diri anak balita dan lingkungan dimana anak balita berada, serta upaya ibu dalam hal mencari pengobatan terhadap anak balita apabila anaknya sakit. Jika anak balita sakit hendaknya ibu membawanya ketempat pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, klinik, puskesmas dan lain-lain (Zeitlin et al, 1990).

B. Pola Asuh dalam Perspektif Ajaran Islam

Anak adalah amanat bagi orang tua, hatinya yang suci bagaikan mutiara yang bagus dan bersih dari setiap kotoran dan goresan (al-Ghazali, 1980). Anak merupakan anugerah dan amanah dari Allah kepada manusia yang menjadi orang

tuanya. Oleh karena itu orang tua dan masyarakat bertanggungjawab penuh agar supaya anak dapat tumbuh dan berkembang menjadi manusia yang berguna bagi dirinya sendiri, keluarga, masyarakat, bangsa, negara dan agamanya sesuai dengan tujuan dan kehendak Tuhan.

Pertumbuhan dan perkembangan anak balita dijiwai dan diisi oleh pendidikan yang dialami dalam hidupnya, baik dalam keluarga, masyarakat dan sekolahnya. Karena manusia menjadi manusia dalam arti yang sebenarnya ditempuh melalui pendidikan, maka pendidikan anak balita sejak awal kehidupannya, menempati posisi kunci dalam mewujudkan cita-cita “menjadi manusia yang berguna”.

Dalam Islam, eksistensi anak melahirkan adanya hubungan vertikal dengan Allah Penciptanya, dan hubungan horizontal dengan orang tua dan masyarakatnya yang bertanggungjawab untuk mendidiknya menjadi manusia yang taat beragama. Walaupun fitrah kejadian manusia baik melalui pendidikan yang benar dan pembinaan manusia yang jahat dan buruk, karena salah asuhan, tidak berpendidikan dan tanpa norma-norma agama Islam.

Anak sebagai amanah dari Allah, membentuk 3 dimensi hubungan, dengan orang tua sebagai sentralnya. Pertama, hubungan kedua orang tuanya dengan Allah yang dilatarbelakangi adanya anak. Kedua, hubungan anak (yang masih memerlukan banyak bimbingan) dengan Allah melalui orang tuanya. Ketiga, hubungan anak dengan kedua orang tuanya di bawah bimbingan dan tuntunan dari Allah (Barmawi, 1993).

Dalam mengemban amanat dari Allah yang mulia ini, berupa anak balita yang fitrah beragama tauhidnya harus dibina dan dikembangkan, maka orang tua harus menjadikan agama Islam, sebagai dasar untuk pembinaan dan pendidikan anak balita, agar menjadi manusia yang bertaqwa dan selalu hidup di jalan yang diridhoi oleh Allah SWT., dimanapun, kapanpun dan bagaimanapun juga keadaannya, pribadinya sebagai manusia yang taat beragama tidak berubah dan tidak mudah goyah.

Mendidik anak-anak menjadi manusia yang taat beragama Islam ini, pada hakekatnya adalah untuk melestarikan fitrah yang ada dalam setiap diri pribadi manusia, yaitu beragama tauhid, agama Islam.

Seorang anak itu mempunyai “dwi potensi” yaitu bisa menjadi baik dan buruk. Oleh karena itu orang tua wajib membimbing, membina dan mendidik anaknya berdasarkan petunjuk-petunjuk dari Allah dalam agama-Nya, agama Islam agar anak-anaknya dapat berhubungan dan beribadah kepada Allah dengan baik dan benar. Oleh karena itu anak harus mendapat asuhan, bimbingan dan pendidikan yang baik, dan benar agar dapat menjadi remaja, manusia dewasa dan orang tua yang beragama dan selalu hidup agamis. Sehingga dengan demikian, anak sebagai penerus generasi dan cita-cita orang tuanya, dapat tumbuh dan berkembang menjadi manusia yang dapat memenuhi harapan orang tuanya dan sesuai dengan kehendak Allah.

Kehidupan keluarga yang tenteram, bahagia, dan harmonis baik bagi orang yang beriman, maupun orang kafir, merupakan suatu kebutuhan mutlak. Setiap orang yang menginjakkan kakinya dalam rumah tangga pasti dituntut untuk

dapat menjalankan bahtera keluarga itu dengan baik. Kehidupan keluarga sebagaimana diungkap di atas, merupakan masalah besar yang tidak bisa dianggap sepele dalam mewujudkannya. Apabila orang tua gagal dalam memerankan dan memfungsikan peran dan fungsi keduanya dengan baik dalam membina hubungan masing-masing pihak maupun dalam memelihara, mengasuh dan mendidik anak yang semula jadi dambaan keluarga, perhiasan dunia, akan terbalik menjadi bumerang dalam keluarga, fitnah dan siksaan dari Allah.

Oleh karena itu dalam kaitannya dengan pemeliharaan dan pengasuhan anak balita ini, ajaran Islam yang tertulis dalam al-Qur'an, Hadits, maupun hasil ijtihad para ulama (intelektual Islam) telah menjelaskannya secara rinci, baik mengenai pola pengasuhan anak pra kelahiran anak, maupun pasca kelahirannya. Semua orang tua tentunya diperintahkan untuk senantiasa memelihara anaknya dengan sebaik-baiknya, hal ini sejalan dengan firman Allah dalam QS. al-Tahrim/66: 6

يَا أَيُّهَا الَّذِينَ ءَامَنُوا قُوا أَنْفُسَكُمْ وَأَهْلِيكُمْ نَارًا (6)

Terjemahnya:

“Hai orang-orang yang beriman, peliharalah dirimu dan keluargamu dari api neraka” (Depag RI, 2010)

Dalam *al-Qur'an dan Tafsirnya* disebutkan bahwa Allah memerintahkan orang-orang yang beriman agar menjaga dirinya dari api neraka yang bahan bakarnya terdiri dari manusia dan batu, dengan taat dan patuh melaksanakan perintah Allah. Mereka juga diperintah Allah untuk menyelamatkan mereka dari api neraka. Keluarga merupakan amanat yang harus dipelihara kesejahteraannya baik jasmani maupun rohani (Depag RI, 2010)

Dengan demikian mendidik dan membina anak beragama Islam adalah merupakan suatu cara yang dikehendaki oleh Allah agar anak-anak kita dapat terjaga dari siksa neraka. Cara menjaga diri dari api neraka adalah dengan jalan taat mengerjakan perintah-perintah Allah.

Sehubungan dengan itu maka pola pengasuhan anak balita yang tertuang dalam Islam itu dimulai dari:

- (1). Pembinaan pribadi calon suami-istri, melalui penghormatannya kepada kedua orang tuanya.
- (2). Memilih dan menentukan pasangan hidup yang sederajat (kafa'ah) (Sabiq, 1987).
- (3). Melaksanakan pernikahan sebagaimana diajarkan oleh ajaran Islam.
- (4). Berwudlu dan berdo'a pada saat akan melakukan hubungan sebadan antara suami dan istri.
- (5). Menjaga, memelihara dan mendidik bayi (janin) yang ada dalam kandungan ibunya.
- (6). Membacakan dan memperdengarkan adzan di telinga kanan, dan iqamat ditelinga kiri bayi.
- (7). Mentahnik bayi yang baru dilahirkan. Tahnik artinya meletakkan bagian dari kurma dan menggosok rongga mulut bayi yang baru dilahirkan dengannya, yaitu dengan cara meletakkan sebagian dari kurma yang telah dipapah hingga lumat pada jari-jari lalu memasukkannya ke mulut bayi yang baru dilahirkan itu. Selanjutnya digerak-gerakkan ke arah kiri dan kanan secara lembut. Adapun hikmah dilakukannya tahnik antara lain;

pertama, untuk memperkuat otot-otot rongga mulut dengan gerakan-gerakan lidah dan langit-langit serta kedua rahangnya agar siap menyusui dan menghisap ASI dengan kuat dan alamiah, kedua, mengikuti sunnah Rasul (Ulwan, 1981).

(8). Menyusui bayi dengan air susu ibu dari usia 0 bulan sampai usia 24 bulan.

(9). Pemberian nama yang baik.

Oleh karena itu pada setiap muslim, pemberian jaminan bahwa setiap anak balita dalam keluarga akan mendapatkan asuhan yang baik, adil, merata dan bijaksana, merupakan suatu kewajiban bagi kedua orang tua. Lantaran jika asuhan terhadap anak-anak tersebut sekali saja kita abaikan, maka niscaya mereka akan menjadi rusak. Minimal tidak akan tumbuh dan berkembang secara sempurna (Husain, 1997).

C. Status Gizi

Menurut penelitian Hafrida (2004), terdapat kecendrungan pola asuh dengan status gizi. Semakin baik pola asuh anak balita maka proporsi gizi baik pada anak balita juga akan semakin besar. Dengan kata lain, jika pola asuh anak balita di dalam keluarga semakin baik tentunya tingkat konsumsi pangan anak balita juga akan semakin baik dan akhirnya akan mempengaruhi keadaan gizi anak balita. Dari hasil penelitiannya dapat diketahui bahwa dari 40 responden terdapat 30 orang (75%) dengan pola asuh baik mempunyai status gizi yang baik pula. Dan 10 orang (25%) dengan pola asuh buruk mempunyai status gizi yang kurang.

Berdasarkan penelitian Jauhari (2000) yang dikutip oleh Hafrida (2004), di Jakarta, Bogor dan Lombok Timur menunjukkan adanya perbedaan kelompok keadaan gizi rendah dan tinggi yang disebabkan oleh perbedaan pola pengasuhan anak balita yang hasilnya menyatakan bahwa pemberian kolostrum pada bayi dihari-hari pertama kehidupan berdampak positif pada keadaan gizi anak di umur-umur selanjutnya. Anak-anak balita dengan kelompok keadaan gizi yang lebih baik berkaitan erat juga dengan perilaku pemberian ASI dimana mereka yang sudah tidak diberi ASI lagi ternyata keadaan gizinya lebih rendah. Anak-anak balita yang selalu diupayakan mendapatkan makanan walaupun dalam keadaan menangis maka keadaan gizinya relatif baik dibandingkan dengan mereka yang tidak diperhatikan atau ditinggalkan saja.

Berdasarkan penelitian Perangin-angin (2006), bahwa terdapat hubungan antara praktek pemberian makan dengan status gizi balita. Dimana dari 36 balita yang mempunyai status gizi baik terdapat 26 balita (83,87%) dengan praktek pemberian makan yang baik dan 10 balita (58,82%) dengan praktek pemberian makan yang tidak baik. Sedangkan dari 8 responden yang mempunyai status gizi kurang terdapat 2 balita (6,45%) dengan praktek pemberian makan yang baik dan 6 balita (35,29%) dengan praktek pemberian makan yang tidak baik.

1. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Status Gizi

Menurut Apriadji (1986), ada dua faktor yang berperan dalam menentukan status gizi seseorang yaitu:

a. Faktor Gizi Eksternal

Faktor gizi eksternal adalah faktor-faktor yang berpengaruh diluar diri seseorang, yaitu daya beli keluarga, latar belakang sosial budaya, tingkat pendidikan dan pengetahuan gizi, jumlah anggota keluarga dan kebersihan lingkungan.

b. Faktor Gizi Internal

Faktor gizi internal adalah faktor-faktor yang menjadi dasar pemenuhan tingkat kebutuhan gizi seseorang, yaitu nilai cerna makanan, status kesehatan, status fisiologis, kegiatan, umur, jenis kelamin dan ukuran tubuh.

Secara langsung status gizi dipengaruhi oleh asupan gizi dan penyakit infeksi yang mungkin diderita anak balita. Kedua penyebab langsung ini sangat terkait dengan pola asuh anak balita diberikan oleh ibu/pengasuh. Dan penyebab tidak langsung adalah ketahanan pangan di keluarga, pola pengasuhan anak balita serta pelayanan kesehatan dan kesehatan lingkungan. Ketiga faktor ini saling berkaitan dengan pendidikan, pengetahuan dan keterampilan keluarga (Dinkes, 2006).

2. Penilaian Status Gizi

Untuk mengetahui pertumbuhan anak balita, secara praktis dilakukan pengukuran tinggi badan dan berat badan secara teratur. Ada beberapa cara menilai status gizi yaitu dengan pengukuran antropometri, klinis, biokimia dan biofisik yang disebut dengan penilaian status gizi secara langsung. Pengukuran status gizi anak balita berdasarkan antropometri adalah jenis pengukuran yang

paling sederhana dan praktis karena mudah dilakukan dan dapat dilakukan dalam jumlah sampel yang besar. Secara umum antropometri adalah ukuran tubuh manusia. Antropometri merupakan pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi yang dapat dilakukan terhadap Berat Badan (BB), Tinggi Badan (TB) dan lingkaran bagian-bagian tubuh serta tebal lemak dibawah kulit (Supariasa, dkk, 2001).

Sampai saat ini, ada beberapa kegiatan penilaian status gizi yang dilakukan yaitu kegiatan Pemantauan Status Gizi (PSG), kegiatan bulan penimbangan dan dalam kegiatan penelitian. Jenis pengukuran yang paling sering dilakukan adalah antropometri, karena mudah, prosedurnya sederhana dan dapat dilakukan berulang serta cukup peka untuk mengetahui adanya perubahan pertumbuhan tertentu pada anak balita.

Cara pengukuran dengan antropometri dilakukan dengan mengukur beberapa parameter antara lain : umur, berat badan, tinggi badan, lingkar lengan atas, lingkar kepala, lingkar dada, lingkar pinggul dan tebal lemak di bawah kulit. Kombinasi antara beberapa parameter disebut indeks antropometri. Indeks antropometri yang umum digunakan dalam menilai status gizi adalah Berat Badan menurut umur (BB/U), Tinggi Badan menurut Umur (TB/U), dan Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB).

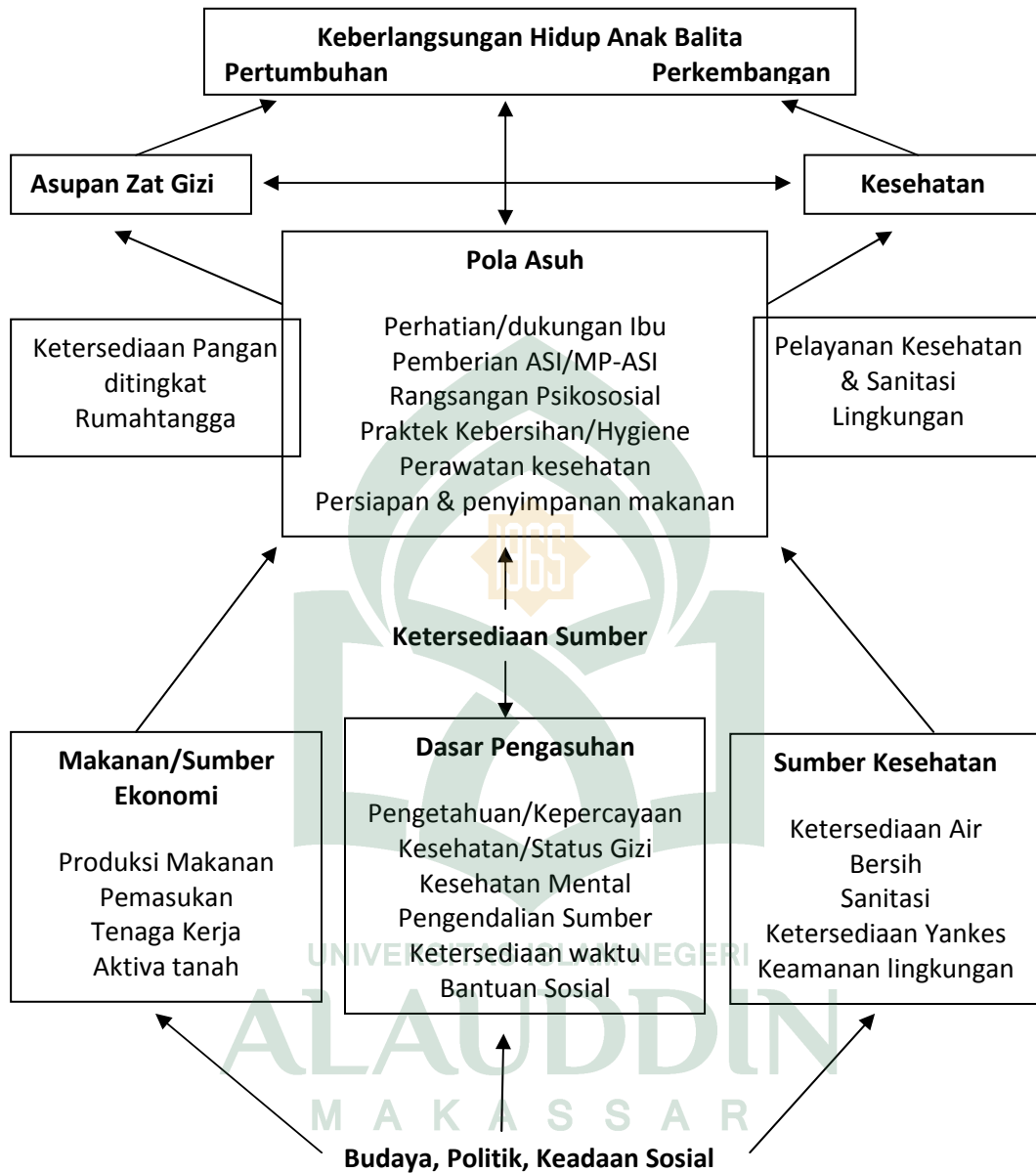
Pilihan indeks antropometri tergantung pada tujuan penilaian status gizi. Indeks BB/U menunjukkan secara sensitif status gizi saat ini (saat diukur) karena mudah berubah namun tidak spesifik karena berat badan selain dipengaruhi oleh umur juga dipengaruhi oleh tinggi badan. Indeks TB/U menggambarkan status

gizi masa lalu karena dalam keadaan normal tinggi badan tumbuh bersamaan dengan bertambahnya umur. Pertambahan tinggi badan atau panjang badan relatif kurang sensitif terhadap kurang gizi dalam waktu yang singkat. Pengaruh kurang gizi terhadap pertumbuhan tinggi badan baru terlihat dalam waktu yang cukup lama. Sedangkan indeks BB/TB menggambarkan secara sensitif dan spesifik status gizi saat ini, dapat dikategorikan sebagai kurus merupakan pengukuran antropometri yang terbaik (Soekirman, 2000).

Menurut Soekirman (2000), untuk menilai status gizi balita dengan menggunakan indeks Berat Badan / Tinggi Badan (BB/TB) yang dikonversikan dengan baku rujukan WHO – NCHS, status gizi dapat dibagi empat kategori :

- (1). Gemuk, bila nilai Z – Score $> + 2$ SD
- (2). Normal, bila nilai Z – Score terletak antara $\geq - 2$ SD sampai $+ 2$ SD
- (3). Kurus, bila nilai Z – Score terletak antara $< - 2$ SD sampai $\geq - 3$ SD
- (4). Kurus Sekali, bila nilai Z – Score $< - 3$ SD

D. Kerangka Teori



Gambar 2. 1. Perkembangan Model Pola Asuh (Engle, 1997).

Status gizi dipengaruhi oleh pola asuh yang meliputi perhatian /dukungan ibu terhadap anak balita dalam praktek pemberian makanan (pemberian makanan pendamping pada anak balita serta persiapan dan penyimpanan makanan), rangsangan psikososial, perawatan kesehatan (praktek kebersihan / hygiene dan

sanitasi lingkungan serta perawatan anak balita dalam keadaan sakit). Pola asuh yang baik akan mempengaruhi status gizi. Jika pola asuh anak balita di dalam keluarga sudah baik maka status gizi akan baik juga.



BAB III

KERANGKA KONSEP

A. Kerangka Konsep Penelitian

Pada penelitian ini kerangka konsep mengenai gambaran pola asuh ibu anak balita gizi buruk akan diuraikan berdasarkan variabel independen (variabel bebas) dan variabel dependen (variabel terikat). Variabel independen dalam penelitian ini mencakup perhatian/dukungan ibu terhadap anak balita dalam praktek pemberian makanan, praktek kebersihan/hygiene, dan perawatan kesehatan anak balita. Sedangkan variabel dependen dalam penelitian ini mencakup status gizi anak balita.

1. Praktek Pemberian Makanan

Praktek pemberian makanan merupakan bentuk perhatian atau sikap ibu dalam pemenuhan nutrisi balita yang dimulai dari praktek pemberian Air Susu Ibu (ASI), pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI), persiapan dan praktek pemberian makanan pada anak balita.

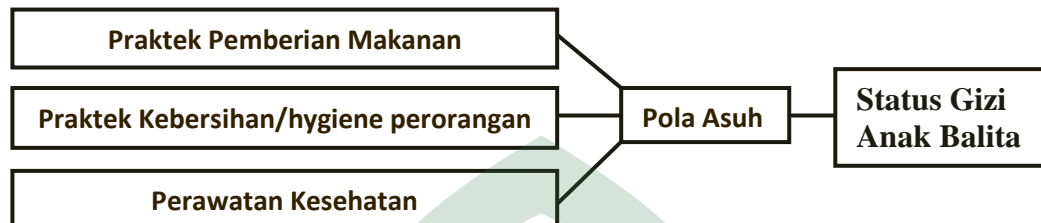
2. Praktek Kebersihan/hygiene perorangan

Kebersihan perorangan maupun kebersihan lingkungan memegang peranan penting bagi tumbuh kembang balita. Kebersihan perorangan yang kurang akan memudahkan terjadinya penyakit-penyakit kulit dan saluran pencernaan seperti diare dan cacingan.

3. *Perawatan Kesehatan*

Perawatan Kesehatan merupakan bentuk perhatian ibu terhadap balita ketika dalam keadaan sakit dan bagaimana bentuk pencarian pelayanan kesehatan.

4. *Skema Hubungan Antar Variabel*



Ket: : Variabel yang diteliti

B. *Defenisi Operasional dan Kriteria Objektif*

1. *Pola Asuh*

Pola Asuh adalah sikap dan perilaku ibu dalam hal menjaga, merawat dan mendidik anak balita yang diwujudkan dengan cara praktek pemberian makanan, praktek kebersihan/hygiene perorangan, dan perawatan kesehatan.

Kriteria Objektif:

- Baik : Bila ketiga variabel diatas dipraktekkan oleh ibu ketika mengasuh.
- Kurang baik : Bila salah satu atau lebih variabel diatas tidak dipraktekkan oleh ibu ketika mengasuh anaknya.

2. *Praktek Pemberian Makanan*

Perhatian/dukungan ibu terhadap balita dalam praktek pemberian makanan adalah gambaran mengenai praktek pemberian ASI dan MP-ASI dan sikap ibu dalam memberi makan.

Kriteria Objektif:

Diukur berdasarkan jawaban dari kuesioner yang terdiri dari 8 pertanyaan.

Skor untuk option a = 1, b = 0, sehingga skor menjadi 8 (100%).

Dikategorikan menjadi :

- Baik : apabila nilai yang diperoleh $\geq 50\%$
- Tidak baik : apabila nilai yang diperoleh $< 50\%$

3. *Praktek kebersihan/hygiene perorangan*

Praktek kebersihan/hygiene perorangan adalah perlakuan ibu terhadap balita dalam hal mendidik anak balita dalam praktek Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) dan praktik hygiene perorangan.

Kriteria Objektif: UNIVERSITAS ISLAM NEGERI

Diukur berdasarkan jawaban dari kuesioner yang terdiri dari 7 pertanyaan.

Skor untuk option a = 1, b = 0 sehingga skor menjadi 7 (100%).

Dikategorikan menjadi :

- Baik : apabila nilai yang diperoleh $\geq 50\%$
- Tidak baik : apabila nilai yang diperoleh $< 50\%$

4. *Perawatan Kesehatan*

Perawatan kesehatan adalah apa yang dilakukan apabila anak balita sakit dan pola pencarian pelayanan kesehatan apabila anak balita sakit.

Kriteria Objektif:

Diukur berdasarkan jawaban dari kuesioner yang terdiri dari 3 pertanyaan.

Skor untuk option a = 1, b = 0, sehingga skor menjadi 3 (100%).

Dikategorikan menjadi :

- Baik : apabila nilai yang diperoleh $\geq 50\%$
- Tidak baik : apabila nilai yang diperoleh $< 50\%$

5. *Status Gizi*

Status gizi adalah keadaan fisik anak balita yang ditentukan dengan melakukan pengukuran antropometri Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) kemudian diinterpretasikan dengan Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak tahun 2010.

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini bersifat observasional dengan menggunakan pendekatan deskriptif yang bertujuan untuk memperoleh gambaran pola asuh ibu anak balita gizi buruk di wilayah kerja Puskesmas Karuwisi Kota Makassar.

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Karuwisi Kota Makassar. Alasan pemilihan lokasi adalah :

- a. Banyaknya jumlah balita gizi buruk di wilayah kerja Puskesmas Karuwisi Kota Makassar.
- b. Tingginya angka kejadian gizi buruk sebanyak 42 anak balita dan gizi kurang sebanyak 161 anak balita di Puskesmas Karuwisi Kota Makassar.

2. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 25 Juli sampai 25 Agustus 2012

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu yang mempunyai anak balita gizi buruk yang berusia 24-59 bulan yang berada di wilayah

kerja Puskesmas Karuwisi Kota Makassar. Jumlah populasi pada saat penelitian adalah sebanyak 42 ibu anak balita.

2. *Sampel*

Sampel penelitian ini adalah semua ibu yang mempunyai anak balita gizi buruk yang berusia 24-59 bulan yang berada di lingkup wilayah kerja Puskesmas Karuwisi Kota Makassar.

Besarnya sampel diambil dengan menggunakan metode *Total Sampling* sehingga didapatkan jumlah sampel sebanyak 42 ibu balita yang jumlahnya sama dengan total populasi anak balita gizi buruk di wilayah kerja Puskesmas Karuwisi Kota Makassar.

D. *Metode Pengumpulan Data*

1. *Data Primer*

Data primer diperoleh dengan wawancara menggunakan kuesioner pada ibu yang mempunyai anak balita, meliputi :

- a. Karakteristik responden (umur, agama, suku, pendidikan dan pekerjaan)
- b. Karakteristik anak (umur dan jenis kelamin)
- c. Data berat badan anak diperoleh melalui pengukuran dengan menggunakan timbangan injak (digital) yang mempunyai kapasitas max. 150 kg dengan tingkat ketelitian 0,1 kg.

Pengukuran berat badan anak balita dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut:

- (1) Letakkan timbangan injak pada lantai yang datar.

- (2) Subjek mengenakan pakaian biasa (diusahakan dengan pakaian minimal). Subjek tidak menggunakan alas kaki.
 - (3) Pada alat timbangan injak yang akan digunakan dilakukan kalibrasi terlebih dahulu. Pastikan pada layar led timbangan menunjukkan skala dengan angka 0,0.
 - (4) Subjek berdiri diatas timbangan dengan berat yang tersebar merata pada kedua kaki dan posisi kepala dengan pandangan lurus ke depan. Subjek diusahakan tetap tenang.
 - (5) Berat badan dibaca pada tampilan dengan skala 0,1 kg terdekat.
- d. Data tinggi badan anak diperoleh melalui pengukuran dengan menggunakan microtoice.

Pengukuran tinggi badan anak balita dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut:

- (1) Tempelkan microtoise tersebut dengan paku pada dinding yang lurus datar setinggi tepat 2 meter. Skala menunjukkan angka 0 (nol) pada lantai yang datar rata.
- (2) Subjek tidak menggunakan alas kaki. Posisi subjek tepat berada dibawah microtoice.
- (3) Kaki rapat, lutut lurus. Tumit, pantat, dan bahu menyentuh dinding vertikal.
- (4) Subjek memandang lurus ke depan, kepala tidak perlu menyentuh dinding vertikal. Tangan lepas kesamping badan dengan telapak tangan menghadap paha.

- (5) Subjek diminta untuk menarik nafas panjang dan berdiri tegak tanpa mengangkat tumit untuk membantu menegakkan tulang belakang. Diusahakan bahu tetap santai.
 - (6) Microtoice ditarik hingga menyentuh ujung kepala, kemudian dipegang secara horizontal. Pengukuran tinggi badan diambil pada saat menarik nafas maksimum. Dengan mata pengukur sejajar dengan alat penunjuk angka untuk menghindari kesalahan penglihatan. Tinggi badan dicatat pada skala 0,1 cm terdekat.
- e. Data pola asuh diperoleh dari wawancara langsung dengan responden menggunakan kuesioner yang meliputi :
- Perhatian/dukungan ibu terhadap anak dalam praktek pemberian makanan meliputi pemberian ASI dan makanan pendamping pada anak serta persiapan makanan.
 - Praktek Kebersihan/hygiene perorangan.
 - Perawatan kesehatan meliputi pencarian pelayanan kesehatan dan perawatan balita ketika sakit.

2. Data Sekunder

Meliputi gambaran umum puskesmas dan data anak balita yang berobat di Puskesmas Karuwisi Kota Makassar.

E. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan adalah Kuesioner yang kemudian akan diolah dengan bantuan program WHO Anthro untuk menentukan nilai Z-

score dan IMT anak. Adapun proses editing dan tabulasi data dilakukan dengan bantuan program SPSS v16.

F. Pengolahan dan Analisa Data

Pengolahan data dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut :

a. Editing

Data yang dikumpulkan segera diperiksa, bila terdapat kesalahan dalam pengumpulan data segera diperbaiki (editing) dengan cara memeriksa jawaban yang kurang.

b. Tabulating

Untuk mempermudah pengolahan dan analisa data serta pengambilan kesimpulan maka data ditabulating dalam bentuk tabel distribusi frekuensi.

G. Penyajian Data

Data hasil penelitian akan disajikan dalam bentuk tabel distribusi disertai dengan penjelasan tabel tersebut.

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Puskesmas Karuwisi terletak di kelurahan Karuwisi Utara Kecamatan Panakkukang Kota Makassar. Puskesmas Karuwisi merupakan puskesmas pembantu dari Puskesmas Batua, tetapi karena perkembangan penduduk yang semakin pesat, pada tahun 1987 Puskesmas Karuwisi dikembangkan menjadi Puskesmas Induk.

Luas wilayah Puskesmas Karuwisi sekitar 2,74 km², yang terdiri dari 3 kelurahan masing-masing kelurahan Sinrijala yang terdiri dari 5 ORW, kelurahan Karuwisi dengan 10 ORW dan kelurahan Karuwisi Utara dengan 8 ORW. Puskesmas Karuwisi diapit oleh beberapa kelurahan dengan rincian sebagai berikut:

- a. Sebelah Timur berbatasan dengan Kelurahan Panaikang
- b. Sebelah utara berbatasan dengan Kelurahan Rappokalling
- c. Sebelah barat berbatasan dengan Kelurahan Maccini
- d. Sebelah selatan berbatasan dengan Kelurahan Malimongan Baru

2. Karakteristik Responden

Karakteristik responden dalam penelitian ini adalah umur, pekerjaan, status pekerjaan, & pendidikan terakhir.

a. Umur

Tabel 5.1
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur
di Wilayah Kerja Puskemas Karuwisi
Kota Makassar
Tahun 2012

Kelompok Umur	n	%
≤ 20	1	2.4
21 - 30	11	26.2
31 - 40	20	47.6
≥ 41	10	23.8
Total	42	100.0

Sumber: *Data Primer, 2012*

Berdasarkan tabel 5.1 menunjukkan bahwa dari 42 responden, distribusi frekuensi responden berdasarkan kelompok umur dengan jumlah tertinggi yaitu pada kelompok umur 31-40 tahun sebanyak 20 orang (47,6 %) dan yang paling rendah adalah umur ≤ 20 tahun yaitu hanya 1 orang (2,4 %).

b. Pekerjaan

Tabel 5.2
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pekerjaan Ibu
di Wilayah Kerja Puskemas Karuwisi Kota Makassar
Tahun 2012

Pekerjaan Ibu	n	%
Karyawan	3	7.1
IRT	38	90.5
Penjahit	1	2.4
Total	42	100.0

Sumber: *Data Primer, 2012*

Berdasarkan tabel 5.2 menunjukkan bahwa dari 42 responden, distribusi frekuensi responden berdasarkan pekerjaan, dimana pekerjaan ibu yang tertinggi

yakni IRT (Ibu Rumah Tangga) sebanyak 38 orang (90,5 %) dan terendah pekerjaan ibu yakni guru hanya 1 orang (2,4 %).

c. Status Pekerjaan Ibu

Tabel 5.3
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Status Pekerjaan Ibu
di Wilayah Kerja Puskesmas Karuwisi Kota Makassar
Tahun 2012

Status Pekerjaan Ibu	n	%
Bekerja	4	9.5
Tidak bekerja	38	90.5
Total	42	100.0

Sumber: *Data Primer, 2012*

Berdasarkan tabel 5.3 menunjukkan bahwa dari 42 responden, distribusi frekuensi responden berdasarkan status pekerjaan ibu, dimana yang bekerja sebanyak 4 orang (9,5 %) dan yang tidak bekerja sebanyak 38 orang (90,5 %).

d. Pendidikan Terakhir

Tabel 5.4
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir Ibu
di Wilayah Kerja Puskesmas Karuwisi Kota Makassar
Tahun 2012

Pendidikan Terakhir Ibu	n	%
Tamat SD	16	38.1
Tamat SLTP/MTs	4	9.5
Tamat SLTA/Sederajat	21	50.0
Akademik/S1	1	2.4
Total	42	100.0

Sumber: *Data Primer, 2012*

Berdasarkan tabel 5.4 menunjukkan bahwa dari 42 responden, distribusi frekuensi responden berdasarkan pendidikan terakhir ibu, dimana jumlah ibu yang

menamatkan pendidikan hingga akademik/S1 hanya berjumlah 1 orang (2,4 %) dan yang tamat SLTA/Sederajat berjumlah 21 orang (50,0 %).

3. *Karakteristik Sampel*

Karakteristik sampel dalam penelitian ini adalah status gizi anak balita gizi buruk menurut IMT/U, riwayat sakit 1 bulan terakhir, dan riwayat penyakit 1 bulan terakhir.

a. *Status Gizi Anak Balita*

Tabel 5.5
Distribusi Frekuensi Sampel Berdasarkan Status Gizi Anak Balita menurut IMT/U di Wilayah Kerja Puskesmas Karuwisi Kota Makassar Tahun 2012

Standar Deviasi (IMT/U)	n	%
(-3.01) - (-4.00)	23	54.8
(-4.01) - (-5.00)	14	33.3
(-5.01) - (-6.00)	4	9.5
$\leq (-6.01)$	1	2.4
Total	42	100.0

Sumber: *Data Primer, 2012*

Berdasarkan tabel 5.5 menunjukkan bahwa dari 42 sampel, distribusi frekuensi sampel berdasarkan status gizi anak balita gizi buruk menurut IMT/U, dimana jumlah anak balita gizi buruk terbanyak pada kategori (-3,01) – (-4,00) SD yaitu sebanyak 23 orang (54,8%) dan terendah pada kategori $\leq (-6.01)$ SD yaitu berjumlah 1 orang (2,4%).

b. Riwayat Sakit 1 Bulan Terakhir

Tabel 5.6
Distribusi Frekuensi Sampel Berdasarkan Riwayat Sakit 1 Bulan Terakhir
di Wilayah Kerja Puskesmas Karuwisi Kota Makassar
Tahun 2012

Riwayat Sakit 1 bln Terakhir	n	%
Pernah	26	61.9
Tidak Pernah	16	38.1
Total	42	100.0

Sumber: *Data Primer, 2012*

Berdasarkan tabel 5.6 menunjukkan bahwa dari 42 sampel, distribusi frekuensi sampel berdasarkan riwayat sakit 1 bulan terakhir, dimana anak balita gizi buruk yang pernah sakit 1 bulan terakhir sebanyak 26 orang (61,9%) dan yang tidak pernah sakit 1 bulan terakhir sebanyak 16 orang (38,1%).

c. Riwayat Penyakit 1 Bulan Terakhir

Tabel 5.7
Distribusi Frekuensi Sampel Berdasarkan Riwayat Penyakit 1 Bulan Terakhir
di Wilayah Kerja Puskesmas Karuwisi Kota Makassar
Tahun 2012

Riwayat Penyakit 1 bln Terakhir	n	%
DIARE	17	65.4
ISPA	6	23.1
Demam	3	11.5
Total	26	100.0

Sumber: *Data Primer, 2012*

Berdasarkan tabel 5.7 menunjukkan bahwa dari 26 sampel yang pernah sakit 1 bulan terakhir, jumlah anak balita gizi buruk yang pernah menderita diare 1 bulan terakhir sebanyak 17 orang (65,4%), yang menderita ISPA sebanyak 6 orang (23,1%), dan Demam sebanyak 3 orang (11,5%).

4. Variabel Penelitian

Variabel dalam penelitian ini adalah praktek pemberian makanan, praktek kebersihan/hygiene perorangan, dan perawatan kesehatan anak balita gizi buruk.

a. Praktek Pemberian Makanan

Tabel 5.8
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Praktek Pemberian Makanan
di Wilayah Kerja Puskesmas Karuwisi Kota Makassar
Tahun 2012

Praktek Pemberian Makanan	n	%
Baik	27	64.3
Tidak Baik	15	35.7
Total	42	100.0

Sumber: *Data Primer, 2012*

Berdasarkan tabel 5.8 menunjukkan bahwa dari 42 responden, distribusi frekuensi responden berdasarkan praktek pemberian makanan, dimana jumlah ibu yang mempraktekkan cara pemberian makanan yang baik untuk anak balita mereka berjumlah 27 orang (64,3 %), sedangkan yang pola pemberian makanannya tidak baik sebanyak 15 orang (35,7 %).

b. Praktek Kebersihan/hygiene Perorangan

Tabel 5.9
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Praktek Kebersihan/hygiene
Perorangan di Wilayah Kerja Puskesmas Karuwisi Kota Makassar
Tahun 2012

Praktek Kebersihan/hygiene Perorangan	n	%
Baik	11	26.2
Tidak Baik	31	73.8
Total	42	100.0

Sumber: *Data Primer, 2012*

Berdasarkan tabel 5.9 menunjukkan bahwa dari 42 responden, distribusi frekuensi responden berdasarkan praktek kebersihan/hygiene perorangan, dimana jumlah ibu yang praktek kebersihan/hygiene perorangannya baik berjumlah 11 orang (26,2 %), sedangkan yang praktek kebersihan/hygiene perorangannya tidak baik sebanyak 31 orang (73,8 %).

c. Perawatan Kesehatan

Tabel 5.10
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Praktek Perawatan Kesehatan
di Wilayah Kerja Puskesmas Karuwisi Kota Makassar
Tahun 2012

Perawatan Kesehatan	n	%
Baik	7	16.7
Tidak Baik	35	83.3
Total	42	100.0

Sumber: *Data Primer, 2012*

Berdasarkan tabel 5.10 menunjukkan bahwa dari 42 responden, distribusi frekuensi responden berdasarkan praktek perawatan kesehatan, dimana jumlah ibu yang praktek perawatan kesehatan anak balitanya baik berjumlah 7 orang (16,7%), sedangkan yang praktek perawatan kesehatan anak balitanya tidak baik sebanyak 35 orang (83,3 %).

d. Kombinasi Antar Variabel

Tabel 5.11
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Praktek Pola Asuh
di Wilayah Kerja Puskesmas Karuwisi Kota Makassar
Tahun 2012

Praktek Pola Asuh	Praktek Pemberian Makanan		Praktek Kebersihan/hygiene Perorangan		Praktek Perawatan Kesehatan	
	n	%	n	%	n	%
Baik	27	64.3	11	26.2	7	16.7
Tidak Baik	15	35.7	31	73.8	35	83.3
Total	42	100.0	42	100.0	42	100.0

Sumber: *Data Primer, 2012*

Berdasarkan tabel 5.11 diatas dapat diketahui bahwa pola asuh responden pada kategori baik tertinggi pada praktek pemberian makanan yaitu berjumlah 27 orang (64,3%) dan pada kategori tidak baik tertinggi pada praktek perawatan kesehatan anak balita yaitu sebanyak 35 orang (83,3%).

B. Pembahasan

1. Pola Asuh

Menurut Engle (1997), pola asuh adalah kemampuan keluarga dan masyarakat untuk menyediakan waktu, perhatian dan dukungan dalam memenuhi kebutuhan fisik, mental dan sosial dari anak balita yang sedang tumbuh dan anggota keluarga lainnya. Pola asuh responden meliputi perhatian/dukungan ibu terhadap anak dalam pemberian makanan, praktek kebersihan/hygiene perorangan dan perawatan kesehatan anak balita.

2. Praktek pemberian Makanan

Anak balita membutuhkan sikap orangtuanya dalam memberi makan. Semasa bayi, anak hanya menelan apa saja yang diberikan ibunya.

Sekalipun yang ditelannya itu tidak cukup dan kurang bergizi. Demikian pula sampai balita sudah mulai disapih. Balita tidak tahu mana makanan terbaik dan mana makanan yang boleh dimakan. Anak balita masih membutuhkan bimbingan seorang ibu dalam memilih makanan agar pertumbuhan tidak terganggu. Bentuk perhatian/dukungan ibu terhadap anak balita meliputi perhatian ketika makan, mandi dan sakit (Nadesul, 1995).

Praktek pemberian makanan merupakan salah satu elemen penting di dalam pola pengasuhan anak balita yang akan menentukan tumbuh kembang anak balita. Perilaku ibu dalam memberi makan, cara makan yang sehat, memberi makanan yang bergizi dan mengontrol besar porsi yang dihabiskan akan meningkatkan status gizi anak (Zeitlin, 1990).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pola asuh berdasarkan perhatian/dukungan ibu terhadap anak dalam pemberian makanan sebagian besar berada pada kategori baik (64,3%), sedangkan pada kategori tidak baik (35,7%). Hal ini dikarenakan banyak ibu-ibu anak balita yang sudah mengetahui cara pemberian makanan yang baik, mulai dari pemberian ASI antara umur 0-24 bulan, pemberian MP-ASI yang mulai diperkenalkan sejak anak balita berusia >6 bulan, sampai pemberian makanan pokok atau makanan yang teksturnya sudah lebih keras.

Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa beberapa ibu anak balita yang praktek pemberian makanannya tidak baik (35,7%) tidak memberikan kolostrum ketika bayinya baru dilahirkan dan tidak

memberikan ASI-eksklusif dikarenakan ada beberapa ibu yang tidak mampu memproduksi ASI sehingga bayinya hanya diberikan susu formula.

Semua orang telah mengakui bahwa ASI tidak perlu diragukan lagi sebagai makanan bayi yang paling baik. Akan tetapi kadang-kadang oleh suatu sebab tertentu ibu harus menambah atau mengganti ASI ini dengan makanan atau minuman lain. Keadaan yang mengharuskan ibu menggantikan ASI kepada bayi atau anaknya antara lain:

- a. ASI tidak keluar.
- b. Ibu meninggal sewaktu melahirkan atau waktu bayi masih memerlukan ASI.
- c. ASI keluar tetapi jumlahnya tidak mencukupi kebutuhan bayi.
- d. ASI keluar tapi ibu tidak dapat terus menerus menyusui bayinya karena ibu berada diluar rumah (bekerja di kantor, kebun, atau tugas lainnya).

Dengan alasan diatas, maka pemberian susu formula dapat menggantikan kebutuhan gizi bayi yang tidak diperoleh dari ASI (Soenardi, 2000).

Susu formula dibuat sedemikian rupa sehingga kadar zat gizi yang terkandung persis sama dengan ASI. Kekurangan terletak pada ketiadaan zat anti infeksi. Namun, ketiadaan zat anti infeksi ini setidaknya dapat tergantikan dengan pemberian imunisasi secara teratur (Arisman, 2004). Hanya saja berdasarkan pengamatan dan hasil wawancara di lapangan menunjukkan bahwa praktek perawatan kesehatan anak balita sangat rendah yaitu jumlah ibu yang perawatan kesehatan anak balitanya baik

hanya berjumlah 7 orang (16,7%), sedangkan yang tidak baik sebanyak 35 orang (83,3%). Hal ini ditunjukkan dengan sangat rendahnya frekuensi kunjungan ibu ke Posyandu untuk mendapatkan imunisasi untuk anak balitanya.

Ketika anak balita mereka berusia diatas 24 bulan, banyak dari anak balita mereka tidak diberikan menu makanan yang bervariasi sehingga kebanyakan balita bosan dengan menu makanan yang sama setiap hari, hal ini dikarenakan status ekonomi yang kurang sehingga tidak mampu memberikan makanan yang beragam kepada anak balita mereka.

Berdasarkan yang dikemukakan Nadesul (1995), bentuk perhatian/dukungan ibu terhadap anak meliputi perhatian ketika anak makan dan sikap orangtua dalam memberi makan. Dalam penelitian ini menunjukkan sebagian besar ibu menciptakan suasana yang menyenangkan bagi anak balita ketika memberi makanan seperti memberi makan sambil membiarkan anak balita mereka bermain, dan bila anak tidak mau makan, ibu dapat membujuk agar anak mau menghabiskan makanannya.

Hal ini juga mendukung konsep yang dikembangkan Depkes RI (2009), bahwa interaksi antara ibu dengan bayi akan mendapatkan status gizi bayi yang baik. Anak yang mendapat perhatian lebih baik secara fisik dan emosional, misalnya selalu mendapat senyuman, mendapat respon ketika berceloteh, dan mendapat makanan yang seimbang, maka keadaan gizinya akan lebih baik.

Kondisi status gizi buruk tentunya akan berdampak pada anak balita baik sejak masih bayi bahkan sampai anak mencapai usia dewasa. Dampak yang berkepanjangan ini tentunya dapat diatasi sejak dini dengan mengatur pola makan keluarga terkhusus pada anak balita yang sedang tumbuh. Jika kita merujuk kepada ajaran agama Islam, tuntunan makan maupun minum sebetulnya telah diatur sedemikian rupa, hanya saja kebanyakan dari kita belum memahami tentang konsep makan dan minum tersebut. Sebagai contoh adalah "*waktu sholat lima waktu*". Jika kita mencermati dengan baik waktu sholat tersebut sebenarnya tidak hanya bertujuan untuk memenuhi kebutuhan rohani, tetapi juga jasmani. Pengaturan makan yang baik adalah makan 5 kali sehari, dimana makan makanan pokok sebanyak 3 kali yaitu pagi, siang, dan malam, kemudian makanan selingan yaitu menjelang tengah hari dan sore hari. Hal ini sesuai dengan pembagian waktu sholat yaitu 5 waktu dalam sehari. Jadi jika dikombinasikan akan menjadi sebagai berikut:

- a. Sesaat setelah sholat subuh agar segera sarapan pagi.
- b. Makan makanan selingan pada waktu antara sholat subuh dengan sholat Dhuhur yang dikenal dengan waktu Dhuha. Pada waktu ini sebaiknya mengonsumsi buah-buahan atau makanan ringan (Snack).
- c. Makan siang sesaat setelah sholat Dhuhur atau antara waktu Sholat Dhuhur dengan waktu Sholat Ashar.
- d. Makan makanan selingan (Snack/buah) antara waktu sholat Ashar dengan waktu Sholat Maghrib.

e. Makan malam antara waktu sholat Maghrib dengan waktu sholat Isya.

Dengan adanya pembagian seperti itu diharapkan akan meningkatkan status gizi anggota keluarga dan juga senantiasa meningkatkan ibadah dan keimanan kepada Allah swt.

3. *Praktek Kebersihan/hygiene Perorangan*

Kebersihan perorangan yang kurang akan memudahkan terjadinya penyakit-penyakit kulit dan saluran pencernaan seperti diare dan kecacingan. Sedangkan kebersihan lingkungan erat hubungannya dengan penyakit saluran pernafasan, saluran pencernaan, serta penyakit yang ditularkan melalui nyamuk (Soetjiningsih 1995).

Berdasarkan hasil penelitian ini, dapat kita ketahui bahwa jumlah responden yang praktek kebersihan/hygiene perorangannya tidak baik mempunyai frekwensi yang lebih banyak yaitu 31 orang (73,8 %) dibandingkan dengan jumlah responden yang praktek kebersihan/hygiene perorangannya baik yaitu berjumlah 11 orang (26,2 %). Hal ini berdasarkan pengamatan di lapangan menunjukkan bahwa sebagian besar orang tua anak balita gizi buruk masih berada pada tingkat perekonomian yang rendah sehingga sulit mendapatkan air bersih. Walaupun demikian banyak dari para ibu sudah mengetahui dampak dari kurangnya perhatian terhadap personal hygiene, seperti besarnya potensi anak terkena penyakit diare atau kecacingan.

Kondisi perekonomian yang rendah juga menjadi hambatan dalam melakukan praktek kebersihan terhadap anak balita pada keluarga dengan

kondisi perekonomian yang rendah, dimana mereka umumnya tidak memiliki sarana air bersih dan peralatan mandi atau cuci yang cukup untuk dapat melakukan personal hygiene pada anak balita. Mereka mengalami hambatan khususnya dari kondisi tempat tinggal (higiene rumah) serta lingkungan sekitarnya yang tidak mendukung untuk dapat memberikan asuh diri dan kesehatan secara optimal.

Mendukung penelitian Widodo (2005), bahwa akibat rendahnya sanitasi dan higiene pada pemberian makanan anak balita memungkinkan terjadinya kontaminasi oleh mikroba, sehingga meningkatkan risiko atau infeksi yang lain pada anak balita.

Demikian juga dengan pendapat Anwar (2008), bahwa pemberian nutrisi tanpa memperhatikan kebersihan akan meningkatkan risiko anak balita mengalami infeksi, seperti diare, oleh karena itu perlu diperhatikan perilaku ibu untuk memelihara kebersihan rumah, higiene makanan, kebersihan perseorangan dalam melakukan pengasuhan anak balita dalam keluarga.

Mengacu kepada konsep pengasuhan anak yang diungkapkan Anwar (2008), bahwa pengasuhan merupakan perilaku yang dipraktikan oleh pengasuh (ibu, bapak, nenek atau orang lain) dalam memberikan makanan, pemeliharaan kesehatan, memberikan stimulasi serta dukungan emosional yang dibutuhkan anak untuk tumbuh-kembang, termasuk kasih sayang dan tanggung jawab orang tua.

Menurut Widaninggar (2003) menyatakan bahwa lingkungan yang sehat perlu diupayakan dan dibiasakan tetapi tidak dilakukan sekaligus, harus perlahan-lahan dan terus menerus. Lingkungan sehat terkait dengan keadaan bersih, rapi dan teratur. Oleh karena itu, anak perlu dilatih untuk mengembangkan sifat-sifat sehat seperti mandi, cuci tangan sebelum makan dan menyikat gigi.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa jumlah ibu yang pola asuh kebersihan/hygiene perorangannya baik berjumlah 11 orang (26,2%). Berdasarkan hasil pengamatan di lapangan dan hasil wawancara menunjukkan bahwa ibu-ibu anak balita tersebut memang sudah sadar akan pentingnya menjaga kebersihan. Hal ini sesuai dengan pengakuan ibu-ibu tersebut yang mengatakan sering mengikuti penyuluhan-penyuluhan kesehatan yang dilaksanakan oleh pihak puskesmas maupun LSM yang peduli dengan kebersihan lingkungan.

Aspek kebersihan memang merupakan aspek yang harus selalu diperhatikan, utamanya bagi kita yang beragama Islam. Agama dan ajaran Islam menaruh perhatian amat tinggi pada kebersihan, baik lahiriah (fisik) maupun batiniah (psikis). Kebersihan lahiriah itu tidak dapat dipisahkan dengan kebersihan batiniah. Oleh karena itu, ketika seorang Muslim melaksanakan ibadah tertentu harus membersihkan terlebih dahulu aspek lahiriyahnya. Ajaran Islam yang memiliki aspek akidah, ibadah, muamalah, dan akhlak ada kaitan dengan seluruh kebersihan ini (Aburrahman, 2008).

Dalam membangun konsep kebersihan, Islam menetapkan berbagai macam peristilahan tentang kebersihan. Umpamanya, *tazkiyah*, *thaharah*, *nazhafah*, dan *fitrah*, seperti dalam hadis Rasulullah SAW yang diriwayatkan oleh Thabrani : *Dari Abu Hurairah : Jagalah kebersihan dengan segala usaha yang mampu kamu lakukan. Sesungguhnya Allah menegakkan Islam di atas prinsip kebersihan. Dan tidak akan masuk syurga, kecuali orang-orang yang bersih.* (HR. Thabrani). Hal ini sejalan dengan firman Allah dalam Q.S. al-Baqarah/1: 222

... إِنَّ اللَّهَ يُحِبُّ التَّوَّابِينَ وَيُحِبُّ الْمُتَطَهِّرِينَ (222)

Terjemahnya:

“... Sesungguhnya Allah menyukai orang-orang yang bertaubat dan menyukai orang-orang yang mensucikan diri (Depag RI, 2010).

Di dalam *Tafsir Al-Misbah* disebutkan setelah ayat yang lalu menguraikan hikmah bertaubat adalah menyucikan diri dari kotoran batin, sedang menyucikan diri dari kotoran lahir adalah mandi atau berwudhu'. Demikian penyucian jasmani dan rohani digabung oleh penutup ayat ini yang mengisyaratkan bahwa Allah swt. sangat menyukai orang-orang yang bertaubat dan menyucikan diri dari kotoran (Shihab, 2002).

4. Perawatan Kesehatan

Pengasuhan perawatan dasar anak meliputi perawatan terhadap anak sakit dan perawatan pencegahan agar anak tidak jatuh sakit. Untuk itu diperlukan kemampuan ibu untuk mengenali dan merawat anak yang sakit. Termasuk kemampuan mengenali penyakit menjadi progresif yang butuh

perawatan lanjut. Kemampuan merawat penyakit dimaksudkan sebagai kemampuan merawat ISPA dan diare, dua penyakit yang sering menyerang anak (Bahar, 2002).

Hasil penelitian dapat diketahui bahwa pola asuh ibu berdasarkan perawatan kesehatan lebih banyak pada kategori tidak baik yaitu sebesar 83,3%, sedangkan pada kategori baik sebesar 16,7%. Hal ini dapat dilihat dari perilaku ibu yang kebanyakan tidak langsung membawa anaknya ke pelayanan kesehatan bila anak sakit dan lebih memilih untuk mengobati sendiri anak balitanya. Berdasarkan hasil wawancara pada saat penelitian didapati banyaknya jumlah anak balita yang menderita penyakit diare pada satu bulan terakhir, sehingga walaupun praktek pemberian makannya baik tetapi praktek kebersihan dan perawatan kesehatannya kurang baik, tetap saja akan menghasilkan anak-anak balita yang menderita gizi buruk.

Berdasarkan hasil wawancara diketahui bahwa kebanyakan dari ibu anak balita gizi buruk tidak rutin membawa balitanya ke posyandu sehingga banyak dari ibu-ibu tersebut tidak mengetahui perkembangan status gizi balitanya, ini dikarenakan jaranganya balita-balita mereka ditimbang di posyandu.

Anak balita adalah kelompok usia yang rentan terserang penyakit, terkait dengan interaksi dengan sarana dan prasarana di rumah tangga dan sekelilingnya. Jenis sakit yang dialami, frekuensi sakit, lama sakit, penanganan anak balita sakit dan status imunisasi adalah faktor yang

mempengaruhi tingkat kesehatan anak balita dan status gizi anak balita (Budi, 2006).

Menurut Budi (2006), perilaku ibu dalam menghadapi anak balita yang sakit dan pemantauan kesehatan terprogram adalah pola pengasuhan kesehatan yang sangat mempengaruhi tumbuh kembang anak balita. anak balita yang mendapatkan imunisasi akan lebih rendah mengalami risiko penyakit. anak balita yang dipantau pertumbuhan di Posyandu melalui kegiatan penimbangan akan lebih dini mendapatkan informasi akan adanya gangguan pertumbuhan. Sakit yang lama, berulang akan mengurangi nafsu makan yang berakibat pada rendahnya asupan gizi .

Soetjiningsih (1995) mengemukakan bahwa kesehatan anak harus mendapat perhatian dari para orang tua yaitu dengan segera membawa anaknya yang sakit ketempat pelayanan kesehatan yang terdekat. Masa balita sangat rentan terhadap penyakit seperti : flu, diare atau penyakit infeksi lainnya. Salah satu faktor yang mempermudah anak balita terserang penyakit adalah keadaan lingkungan.

5. *Status Gizi Anak Balita*

Menurut Santoso (1999), Status gizi anak adalah keadaan kesehatan anak akibat interaksi antara makanan dalam tubuh dengan lingkungan sekitarnya. Nilai keadaan gizi anak sebagai refleksi kecukupan gizi, merupakan salah satu parameter yang penting untuk nilai tumbuh kembang fisik dan nilai kesehatan anak tersebut.

Status gizi anak balita dalam penelitian ini diukur dengan menggunakan indeks antropometri Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) selanjutnya dihitung Z-skornya dan diinterpretasikan dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1995/Menkes/SK/XII/2010. Hasil penelitian menunjukkan jumlah anak balita gizi buruk yang mempunyai nilai Z-score antara (-3.01) – (-4.00) berjumlah 23 orang (54,8%), Z-score antara (-4.01) - (-5.00) berjumlah 14 orang (33.3%), Z-score antara (-5.01) - (-6.00) berjumlah 4 orang (9.5%), dan Z-score \leq (-6.01) berjumlah 1 orang (2.4%).

Hasil penelitian ini membuktikan bahwa prevalensi gizi buruk di wilayah kerja Puskesmas Karuwisi Kota Makassar sangat tinggi. Meskipun data hasil penelitian menunjukkan bahwa praktek pemberian makanan sebagian besar berada pada kategori baik, tetapi pada praktek perawatan kesehatan dan praktek kebersihan/hygiene perorangan justru menunjukkan bahwa sebagian besar responden mempunyai pola pengasuhan yang tidak baik. Hal ini yang diyakini sebagai akar masalah terjadinya gizi buruk di wilayah tersebut.

Tingginya angka gizi buruk disebabkan oleh pola asuh orang tua atau keluarga yang tidak baik terhadap anak balita. Diantara penyebab kasus anak balita gizi buruk antara lain (1) anak balita tidak mendapat ASI eksklusif atau mendapat makanan selain ASI sebelum umur 6 bulan; (2) anak balita disapih sebelum umur 2 tahun; (3) anak balita tidak mendapat makanan pendamping ASI (MP-ASI) pada umur 6 bulan atau lebih; (4)

MP-ASI kurang dan tidak bergizi; (5) setelah umur 6 bulan anak balita jarang disusui. Pola asuh adalah praktek di rumah tangga yang diwujudkan dengan tersedianya pangan dan perawatan kesehatan serta sumber lainnya untuk kelangsungan hidup, pertumbuhan dan perkembangan anak balita. Aspek kunci dalam pola asuh gizi antara lain; (1) perawatan dan perlindungan bagi ibu; (2) praktek menyusui dan pemberian MP-ASI; (3) pengasuhan psikososial; (4) penyiapan makanan; (5) kebersihan diri; (6) sanitasi lingkungan dan praktek kesehatan di rumah; (7) serta pola pencarian pelayanan kesehatan (WNPG VII, 2000).

Pola pengasuhan yang baik sangat perlu untuk diupayakan. Secara umum pola asuh ibu berada pada kategori baik mempunyai status gizi anak yang baik pula. Hal ini sesuai dengan penelitian Hafrida (2004) yang menyatakan bahwa ada kecenderungan dengan semakin baiknya pola asuh, maka proporsi status gizi baik juga semakin besar.

Status gizi buruk pada anak balita dapat menimbulkan pengaruh yang sangat menghambat pertumbuhan fisik, mental maupun kemampuan berpikir yang pada akhirnya akan menurunkan produktivitas kerja. Anak balita hidup penderita gizi buruk dapat mengalami penurunan kecerdasan (IQ) hingga 10 persen. Keadaan ini memberikan petunjuk bahwa pada hakikatnya gizi yang buruk atau kurang akan berdampak pada menurunnya kualitas sumber daya manusia. Dampak paling buruk yang diterima adalah kematian pada umur yang sangat dini (Inadiar, 2010).

Prevalensi balita gizi buruk merupakan indikator Millenium Development Goals (MDGs) yang harus dicapai disuatu daerah (kabupaten/kota) pada tahun 2015, yaitu terjadinya penurunan prevalensi balita gizi buruk menjadi 3,6 persen atau kekurangan gizi pada anak balita menjadi 15,5 persen (Bappenas, 2010).

Pencapaian target MDGs belum maksimal dan belum merata di setiap provinsi. Besarnya prevalensi anak balita gizi buruk di Indonesia antar provinsi cukup beragam. Berdasarkan data riset kesehatan dasar (Riskesdas) 2010, secara nasional prevalensi balita gizi buruk sebesar 4,9 persen dan kekurangan gizi 17,9 persen. Rentang prevalensi BBLR (per 100) di Indonesia adalah 1,4 sampai 11,2, dimana yang terendah di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta dan tertinggi di Provinsi Gorontalo. Provinsi Jawa Timur termasuk daerah dengan balita gizi buruk masih tergolong tinggi. Hal ini ditunjukkan dengan prevalensi gizi buruk sebesar 4,8 persen. Walaupun pada tingkat nasional prevalensi anak balita kurang gizi telah hampir mencapai target MDGs, namun masih terjadi disparitas antar provinsi, antara perdesaan dan perkotaan, dan antar kelompok sosial-ekonomi.

6. *Riwayat Penyakit 1 bulan Terakhir*

Menurut Khomsan (2002) Kaitan penyakit infeksi dan kurang gizi seperti layaknya lingkaran setan yang sukar diputuskan, karena keduanya saling terkait dan saling memperberat. Kondisi infeksi kronik akan menyebabkan kurang gizi dan kondisi malnutrisi sendiri akan memberikan

dampak buruk pada sistem pertahanan sehingga memudahkan terjadinya infeksi, sehingga menurutnya anak-anak harus terhindar dari penyakit infeksi seperti diare ataupun ISPA (Infeksi Saluran Pernapasan Atas) .

Berdasarkan hasil penelitian ini ditemukan anak balita gizi buruk yang pernah menderita diare 1 bulan terakhir sebanyak 17 orang (65,4%), ISPA sebanyak 6 orang (23,1%), dan demam/panas sebanyak 3 orang (11,5%).

Prevalensi Nasional ISPA (berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan dan keluhan responden) sebesar 25,50%. Prevalensi Nasional Diare (berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan dan keluhan responden) sebesar 9,00%. Sebanyak 14 provinsi mempunyai prevalensi diare diatas prevalensi nasional. Kasus diare pada anak balita masih tetap tinggi dibanding golongan umur yang lainnya (Riskesdas, 2010).

Menurut Bahl (1998), kekurangan gizi berhubungan erat dengan tingginya kejadian dan keseriusan diare dan ISPA, sehingga anak-anak yang menderita kekurangan gizi akan mengalami penurunan daya tahan tubuh. Faktor yang mempengaruhi morbiditas dan kekurangan gizi pada anak balita adalah kemiskinan yang meliputi kesehatan ibu selama kehamilan, kurang sumber daya sistem kesehatan, ketidakamanan makanan, tidak memadai dan tidak tepatnya praktek pemberian makan, kurangnya kebersihan, dan akses air bersih yang sulit. Karakteristik lain, anak balita yang mungkin memiliki dampak kekurangan gizi dan morbiditas meliputi usia, jenis kelamin, ukuran saat lahir, status menyusui,

dan perjalanan penyakit yang dialami oleh anak balita. Hal ini juga penting, ketika gizi buruk termasuk dalam berbagai masalah, rumah tangga, komunitas, dan tingkat individu.

Status gizi erat kaitannya dengan kondisi kesehatan anak. Pada keadaan gizi kurang pada balita, akan menyebabkan penurunan reaksi kekebalan tubuh, yang berarti kemampuan untuk mempertahankan diri terhadap serangan infeksi menjadi turun. Antara keadaan gizi buruk dan penyakit infeksi terdapat kaitan yang erat, sehingga sulit mengatakan apakah terjadinya gizi buruk akibat adanya infeksi atau sebaliknya.

Hal ini sesuai dengan penelitian Siswatiningsih (2001), anak gizi buruk mempunyai resiko > 3 kali mengalami ISPA dibandingkan dengan anak normal. Selain itu mempunyai resiko > 3 kali mengalami diare dibandingkan dengan anak normal. Durasi penyakit infeksi yang dialami oleh balita yang gizi buruk sebagian adalah berdurasi lama/panjang (diare : 87,9% dan ISPA : 90,1%). Hasil penelitian tersebut dapat disimpulkan balita yang menderita gizi buruk mempunyai resiko lebih besar untuk menderita penyakit infeksi, sering mengalami episode penyakit infeksi, serta mengalami durasi penyakit infeksi yang lama/panjang.

C. Keterbatasan Peneliti/penelitian

Penulis menyadari bahwa dalam penelitian ini banyak keterbatasan, diantaranya adalah dalam penelitian ini hanya variabel pola asuh yang diteliti sementara masih ada variabel lain seperti status ekonomi dan sosial budaya

yang dapat mempengaruhi status gizi anak balita di wilayah kerja Puskesmas Karuwisi Kota Makassar.



BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Data hasil penelitian menunjukkan bahwa jumlah ibu yang Praktik pemberian makanannya baik sebanyak 27 orang (64,3%) dan yang tidak baik sebanyak 15 orang (35,7%).
2. Sebagian besar responden belum mempraktikkan praktek kebersihan/hygiene perorangan yang baik. Data hasil penelitian menunjukkan jumlah ibu yang praktik kebersihan/hygiene perorangannya baik sebanyak 11 orang (26,2%) dan yang tidak baik sebanyak 31 orang (73,8%) .
3. Praktek perawatan kesehatan anak balita gizi buruk di wilayah kerja Puskesmas Karuwisi Kota Makassar belum sepenuhnya baik, dimana hasil penelitian menunjukkan jumlah ibu yang perawatan kesehatan anak balitanya baik sebanyak 7 orang (16,7%) dan yang tidak baik sebanyak 35 orang (83,3%)

B. Saran

Berdasarkan kesmpulan hasil penelitian diatas, maka saran-saran yang dapat diberikan adalah sebagai berikut:

1. Bagi pihak Puskesmas Karuwisi
 - a. Kepala Puskesmas perlu meningkatkan pemberdayaan petugas kesehatan dengan fasilitas yang sudah ada dalam memberikan pelayanan kesehatan

kepada ibu-ibu yang mempunyai anak balita dan memberikan pengarahan tentang pentingnya praktek pengasuhan kesehatan yang baik. Selain itu perlu meningkatkan penyuluhan pada saat hari buka posyandu maupun penyuluhan saat kunjungan rumah tentang praktek kebersihan/hygiene dan perawatan kesehatan anak balita untuk meningkatkan status gizi anak balita, khususnya orang tua yang memiliki anak balita gizi buruk.

- b. Perlunya peningkatan pembinaan bagi kader posyandu, sebagai perpanjangan tangan dari petugas puskesmas karuwisi yang nantinya berfungsi memberikan persuasi kepada ibu-ibu anak balita gizi buruk agar meningkatkan frekuensi kunjungan ke posyandu maupun pelayanan kesehatan terdekat.

2. Bagi pihak peneliti selanjutnya

Perlunya penelitian lebih lanjut mengenai variabel yang belum diteliti dan upaya yang tepat untuk memperbaiki pola asuh ibu anak balita gizi buruk, sehingga kedepannya frekuensi kejadian gizi buruk di wilayah tersebut dapat ditekan.

DAFTAR PUSTAKA

- Anwar, H.M. *Peranan Gizi dan Pola Asuh Dalam Meningkatkan Kualitas Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta: Jendela Anak Indonesia. 2000.
- Apriadi, Wied Harry. *Gizi Keluarga*. Jakarta: Penebar Swadaya, 1986.
- Arisman. *Gizi Dasar Kehidupan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC, 2004.
- As'ad, S. *Gizi – Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: Direktorat Jendral Pendidikan Tinggi Departemen Pendidikan Nasional, 2002.
- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. *Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi 2006-2010*. Jakarta: Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, 2007
- Bahl. *Plasma Zinc as a Predictor of Diarrhea and Respiratory Morbidity in Children in an Urban Slum Setting*. India : J. Clin. Nutrition, 1998.
- Barmawi, Bakir Yusuf. *Pembinaan Kehidupan Beragama Islam Pada Anak*. Semarang: Dina Utama, 1993.
- Budi, T. P. *Mengasuh dan Perkembangan Balita*. Yogyakarta: Oriza, 2006.
- Depag R.I. *Al-Qur'an dan Tafsirnya (Edisi yang Disempurnakan)*. Jakarta: Penerbit Lentera Abadi, 2010.
- Depkes. *Rencana Strategis Departemen Kesehatan 2005-2009*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2009.
- Dinkes. *Status Gizi Balita di Sulawesi Selatan*. Makassar: Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, 2012.
- Dinkes. *Pedoman Rencana Aksi nasional Pencegahan dan Penanggulangan Gizi Buruk 2006 – 2010*. Ujung Pandang: Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan. 2006.
- Engle, P.L, Menon, P and Haddad, L. *Care and Nutrition; Concept and Measurement*. Washington, D.C.: International Food Policy Research Institute, 1997.
- Fahmida, U. "Multi-Micronutrient Supplementation for Infant Growth and Development, and the Contributing Role of Psychosocial Care." Tesis. Jakarta: Program Pascasarjana Universitas Indonesia, 2003

- Al-Ghazali, Abu Hamid Muhammad bin Muhammad ath-Thusi. *Ihya' Ulum ad-Din*. Juz VII. Beirut: Dar al-Fikr, 1980.
- Gunarsa, D. *Psikologi Perkembangan Anak dan Remaja*. Jakarta : PT. BPK. Gunung Mulia, 1995.
- Hafrida. "Studi Positive Deviance pada Keluarga Miskin yang mempunyai anak Usia 12-24 Bulan di Kelurahan Belawan Bahari Kecamatan Medan Belawan Medan Tahun 2004." Skripsi. Medan: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara, 2004.
- Husain, Abdul Razak. *Hak dan Pendidikan Anak Dalam Islam*. Semarang: Fikahati Aneska, 1997.
- Inadiar, D. "Perbedaan Pola Asah, Asih, Asuh pada Balita Status Gizi Kurang dan Status Gizi Normal (Studi di Wilayah Kerja Puskesmas Peneleh, Surabaya)." Skripsi. Surabaya: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga, 2010.
- Jauhari A. B. *Status Gizi Balita di Indonesia Sebelum dan Sesudah Krisis (Analisis Data Antropometri SUSENAS 1989 s/d 1999)*. Jakarta: Prosiding Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi VII, LIPI, 2000.
- Khomsan, A. *Pangan dan Gizi untuk Kesehatan*. Jakarta: PT. Grafindo Persada. 2002.
- Mahali, A. Mudjab. *Asbabun Nuzul : studi pendalaman Al-quran surat Al-Baqarah-Annas*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada, 2002.
- Mazhahiri, Husain. *Pintar Mendidik Anak*. Jakarta: Lentera. 2008.
- Nadesul, Hendrawan. *Cara Sehat Mengasuh Anak*. Jakarta: Puspa Swara, 1995.
- Notoatmodjo, Soekidjo. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta, 1993.
- Perangin-angin, Aswan. "Hubungan Pola Asuh dan Status Gizi Anak 0-24 Bulan Pada Keluarga Miskin di Kelurahan Gundaling I Kecamatan Berastagi Kabupaten Karo Tahun 2006." Skripsi. Medan: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara, 2006.
- Riskesdas. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, 2010.
- Roesli, Utami. *Mengenal ASI Eksklusif*. Jakarta: Pustaka Pembangunan Swadaya Nusantara, 2000.

- Sabiq, Sayyid. *Fiqh Sunah Juz 8*. Diterjemahkan oleh Moh. Thalib. Bandung: PT. Al-Ma'arif, 1987.
- Salim. *Syarah Bulughul Maram Hadits Hukum-Hukum Islam*. Surabaya: Halim Jaya, 2005.
- Santoso, Sastropetro, dkk. *Kesehatan dan Gizi*. Jakarta: Penerbit Rineka Cipta, 1999.
- Sarasani, Theresia. "Praktek Pemberian Makan dan Status Gizi Anak Usia 0-24 Bulan ditinjau dari Pekerjaan Ibu." Skripsi. Medan: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara, 2005.
- Shihab, M. Quraish. *Wawasan al-Qur'an: Tafsir Ma'udlui atas Pelbagai Persoalan Ummat*. Bandung: Mizan, 1996.
- Siswatiningsih. "Kaitan Antara Status Gizi Dengan Kejadian Infeksi Pada Balita di Kabupaten Jepara Tahun 2000." Skripsi. Semarang: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro, 2001.
- Soekirman. *Ilmu Gizi dan Aplikasinya untuk Keluarga dan Masyarakat*. Jakarta: Direktorat Jendral Pendidikan Tinggi Departemen Pendidikan Nasional, 2000.
- Soenardi, Tuti. *Makanan untuk Tumbuh Kembang Bayi*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama, 2000.
- Soetjiningsih. *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran, EGC, 1995.
- Sulistijani, Dina Agoes. *Menjaga Kesehatan Bayi dan Balita*. Jakarta: Puspa Swara, 2001.
- Sunarti, dkk. *Pola Pengasuhan Anak secara Tradisional di Kelurahan Kebagusan Daerah Ibukota Jakarta*. Jakarta: Depdikbud, 1989.
- Supariasa, dkk. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran, EGC, 2001.
- Ulwan, Abdullah Nashih. *Tarbiyah al-Aulad fi al-Islam*. Diterjemahkan oleh Syaifullah Kamalie dengan judul *Pedoman Pendidikan Anak Dalam Islam, Jilid II*. Semarang: Asy-Syifa', 1981.
- Widaninggar, Widjajanti. *Pola Hidup Sehat dan Segar*. Jakarta: Depdiknas Pusat Pengembangan Kualitas Jasmani, 2003.

Widodo, Y. "Relationship of *Helicobacter pilori* Infection with diarrhea and nutritional status among Nutritionally-at-riskChildren." World Journal of Nuclear Medicine, Vol. 4, No. 3, July 2005.

Widyakarya Nasional Pangan Gizi VIII. Analisis Situasi Gizi dan Kesehatan. Jakarta: LIPI, 2000.

Zeitlin, M.G and Mansour, M. *Positive Deviance in Child Nutrition*. Japan: The United Nations University Press, Tokyo, 1990.



L

A

M

P

I



R

A

N

DOKUMENTASI PENELITIAN



Proses Pengukuran tinggi badan anak balita dengan menggunakan Microtoice.



Proses Pengukuran berat badan anak balita dengan menggunakan Timbangan injak.

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI



Proses Wawancara dengan Ibu Anak Balita



Salah satu contoh kondisi pemukiman warga yang memiliki anak balita gizi buruk

No	Nama (S)	JK	Jk (n)	Umur (bln)	BB (kg)	TB (cm)	IMT/U	Nama (R)	Umur (Thn)	Pkrjaan	stat	Pnddkn	Pnddkn	Agm	Mkn (8)	Hygiene (7)	Prwt n (3)
01	Sahira Azzahra	pr	2	26	7.2	78.00	-3.50	Ratna Herawati	39	IRT	2	S1	5	Islam	1	1	2
02	Hasra	pr	2	33	9.0	86.30	-3.10	Ramlah	24	IRT	2	SD	2	Islam	1	2	2
03	Nur Annisa	pr	2	26	8.6	84.40	-3.25	Sahari	35	IRT	2	SD	2	Islam	1	2	2
04	Halimatussa'diah	pr	2	25	6.9	75.70	-3.31	Ismaniar	24	IRT	2	SD	2	Islam	2	2	2
05	M. Jabbar	lk	1	50	13.0	105.60	-3.41	Nurjaya	40	IRT	2	SLTA	4	Islam	1	2	2
06	M. Rezki P	lk	1	26	8.5	82.80	-3.40	Fatmawati	30	IRT	2	SLTA	4	Islam	1	1	2
07	M. Firdaus	lk	1	25	12.0	81.50	-3.00	Hasni	33	IRT	2	SLTP	3	Islam	1	2	2
08	Iyan	lk	1	34	10.0	90.10	-3.12	Sania	40	IRT	2	SLTP	3	Islam	1	2	2
09	Fika	pr	2	27	7.0	81.50	-4.83	Hayati	32	IRT	2	SD	2	Islam	1	1	2
10	Kesya	pr	2	50	11.0	100.50	-3.86	Asma	30	IRT	2	SLTA	4	Islam	1	2	1
11	Firdamayuni	pr	2	49	12.1	105.80	-3.84	Nirmawati	27	IRT	2	SD	2	Islam	2	2	2
12	Adinda Atika	pr	2	47	13.0	102.50	-4.23	Hartati Madjid	33	IRT	2	SLTA	4	Islam	2	1	2
13	Adelisya	pr	2	42	11.5	99.00	-3.23	Andi Isma	28	WIR	1	SLTA	4	Islam	1	2	2
14	Nurul Wahyuni	pr	2	51	14.0	129.00	-6.30	Nur Hasbi	41	IRT	2	SLTA	4	Islam	1	2	1
15	Aprilia	pr	2	27	6.4	77.00	-4.57	Asrawati	39	IRT	2	SLTA	4	Islam	1	1	2
16	Naira	pr	2	29	9.0	95.50	-5.50	Juniati	32	WIR	1	SLTA	4	Islam	1	2	2
17	Nur Aini	pr	2	36	9.0	88.50	-3.46	Ni'mah	19	IRT	2	SLTA	4	Islam	2	1	2
18	Baril	lk	1	48	11.8	105.50	-4.41	Fatma	35	IRT	2	SD	2	Islam	1	2	1
19	Reski Amnda	pr	2	29	6.7	78.50	-4.66	Rahmawati	28	IRT	2	SLTP	3	Islam	1	2	2
20	Ririn	pr	2	36	8.7	88.50	-4.07	Dewi	43	IRT	2	SLTA	4	Islam	1	2	1
21	Azisah	pr	2	26	7.7	82.00	-3.69	Mariana	35	IRT	2	SD	2	Islam	1	2	2
22	Neneng	pr	2	32	9.5	92.50	-3.97	Marlena	37	IRT	2	SLTA	4	Islam	2	1	2
23	Alif	lk	1	38	9.1	97.10	-5.63	Ramlah	40	WIR	1	SLTA	4	Islam	1	2	2
24	Hadira	pr	2	25	9.5	88.10	-3.40	Erna	23	IRT	2	SD	2	Islam	2	1	2
25	M. Irza	lk	1	44	10.50	95.10	-3.40	Nursiah	43	IRT	2	SD	2	Islam	1	1	2

26	Dafina	pr	2	44	10.00	96.00	-3.90	Hasfida	32	IRT	2	SLTA	4	Islam	1	2	2
27	Rezki Aulia	pr	2	43	9.00	87.70	-3.04	Hajrah	41	IRT	2	SLTA	4	Islam	1	2	1
28	Ihram	lk	1	31	8.5	84.50	-3.69	Maimunah	45	IRT	2	SLTA	4	Islam	1	2	2
29	Ayatul Husna	pr	2	28	8.6	88.50	-4.79	Mariani	27	IRT	2	SLTA	4	Islam	1	2	2
30	Taufik	lk	1	34	12.00	98.90	-3.19	Sani	32	IRT	2	SD	2	Islam	1	1	2
31	Gilang P.	lk	1	54	12.2	101.90	-3.26	Suci R.	39	IRT	2	SLTA	4	Islam	1	2	1
32	M. Ibrahim	lk	1	36	11.00	100.00	-4.45	Asni	43	IRT	2	SD	2	Islam	1	2	2
33	M. Rezki	lk	1	26	7.90	85.50	-5.80	Herawati	46	IRT	2	SLTA	4	Islam	1	2	2
34	Kamila M.	pr	2	28	8.20	86.00	-4.25	Ana	29	IRT	2	SD	2	Islam	1	2	2
35	Alang Saputra	lk	1	31	7.30	82.30	-4.90	Tiah	31	IRT	2	SD	2	Islam	1	2	2
36	Winda	pr	2	29	8.50	87.50	-4.20	Intan	28	IRT	2	SLTP	3	Islam	2	2	2
37	Nurul	pr	2	33	10.00	95.20	-4.20	Nurhayati	41	IRT	2	SD	2	Islam	1	2	2
38	Sakinah	pr	2	27	9.50	90.50	-3.74	Erna	37	IRT	2	SD	2	Islam	1	2	2
39	Rezki	lk	1	31	10.00	95.50	-4.70	Rasniah	44	IRT	2	SLTA	4	Islam	1	2	2
40	Aqila	pr	2	29	10.50	92.50	-3.39	Rani	43	IRT	2	SLTA	4	Islam	1	1	2
41	Ma'rifad	lk	1	30	10.00	95.00	-4.04	Salma	38	IRT	2	SLTA	4	Islam	1	2	2
42	M. Yusuf	lk	1	25	7.50	85.00	-5.59	Rosdiana	33	IRT	2	SD	2	Islam	1	2	2

OUTPUT FREKUENSI

[DataSet1] F:\Project BlueSHELL\RESEARCH\Master Tabel 01.sav

Statistics

Kelompok Umur Responden

N	Valid	42
	Missing	0

Kelompok Umur Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<20	1	2.4	2.4	2.4
	21-30	11	26.2	26.2	28.6
	31-40	20	47.6	47.6	76.2
	>41	10	23.8	23.8	100.0
	Total	42	100.0	100.0	

Statistics

Pekerjaan Ibu

N	Valid	42
	Missing	0

Pekerjaan Ibu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Karyawan	3	7.1	7.1	7.1
	IRT	38	90.5	90.5	97.6
	Penjahit	1	2.4	2.4	100.0
	Total	42	100.0	100.0	

Statistics

Status Pekerjaan Ibu

N	Valid	42
	Missing	0

Status Pekerjaan Ibu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bekerja	4	9.5	9.5	9.5
	Tidak bekerja	38	90.5	90.5	100.0
	Total	42	100.0	100.0	

Statistics

Pendidikan Terakhir Ibu

N	Valid	42
	Missing	0

Pendidikan Terakhir Ibu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tamat SD	16	38.1	38.1	38.1
	Tamat SLTP/MTs	4	9.5	9.5	47.6
	Tamat SLTA/Sederajat	21	50.0	50.0	97.6
	Akademik/S1	1	2.4	2.4	100.0
	Total	42	100.0	100.0	

Statistics

Praktek Pemberian Makanan

N	Valid	42
	Missing	0

Praktek Pemberian Makanan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	26	61.9	61.9	61.9
	Tidak Baik	16	38.1	38.1	100.0
	Total	42	100.0	100.0	

Statistics

Praktek Kebersihan/hygiene

Perorangan

N	Valid	42
	Missing	0

Praktek Kebersihan/hygiene Perorangan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	11	26.2	26.2	26.2
	Tidak Baik	31	73.8	73.8	100.0
	Total	42	100.0	100.0	

Statistics

Perawatan Kesehatan

N	Valid	42
	Missing	0

Perawatan Kesehatan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	6	14.3	14.3	14.3
	Tidak Baik	36	85.7	85.7	100.0
	Total	42	100.0	100.0	

RIWAYAT HIDUP



Penulis dilahirkan di Kabupaten Enrekang, pada hari Jum'at tanggal 15 September 1989 dari Ayah alm. Drs. H. Usman Efendi dan Ibu Hj. Asma, S.Pd. Penulis merupakan putra kedua dari empat bersaudara. Tahun 2002 penulis lulus dari SDN 134 Kalimbua Desa Bontongan Kec. Baraka, kemudian melanjutkan pendidikan di MTsN Pondok Pesantren Modern Rahmatul Asri Maroangin sampai tahun 2003, dan kemudian melanjutkan pendidikan di SMPN Pondok Pesantren Darul Falah Enrekang dan lulus pada tahun 2005. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan di MAN Baraka Enrekang dan lulus pada tahun 2008. Pada tahun yang sama pula, penulis lulus seleksi masuk UIN Alauddin Makassar melalui jalur PMJK (Penerimaan Mahasiswa Jalur Khusus). Penulis memilih Program Studi Kesehatan Masyarakat Peminatan Gizi Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar.

Pengalaman Organisasi Penulis:

- Ketua OSIS MAN Baraka Periode 2006-2007.
- Ketua MPK MAN Baraka Periode 2007-2008.
- Koord. Bid. Keilmuan IKA MAN Baraka periode 2009-2010.
- Wakil Sekretaris HMJ Kesehatan Masyarakat UIN Alauddin Makassar Periode 2009-2010.
- Ketua UKM Tae Kwon Do Unit UIN Alauddin Makassar Periode 2010-2011.